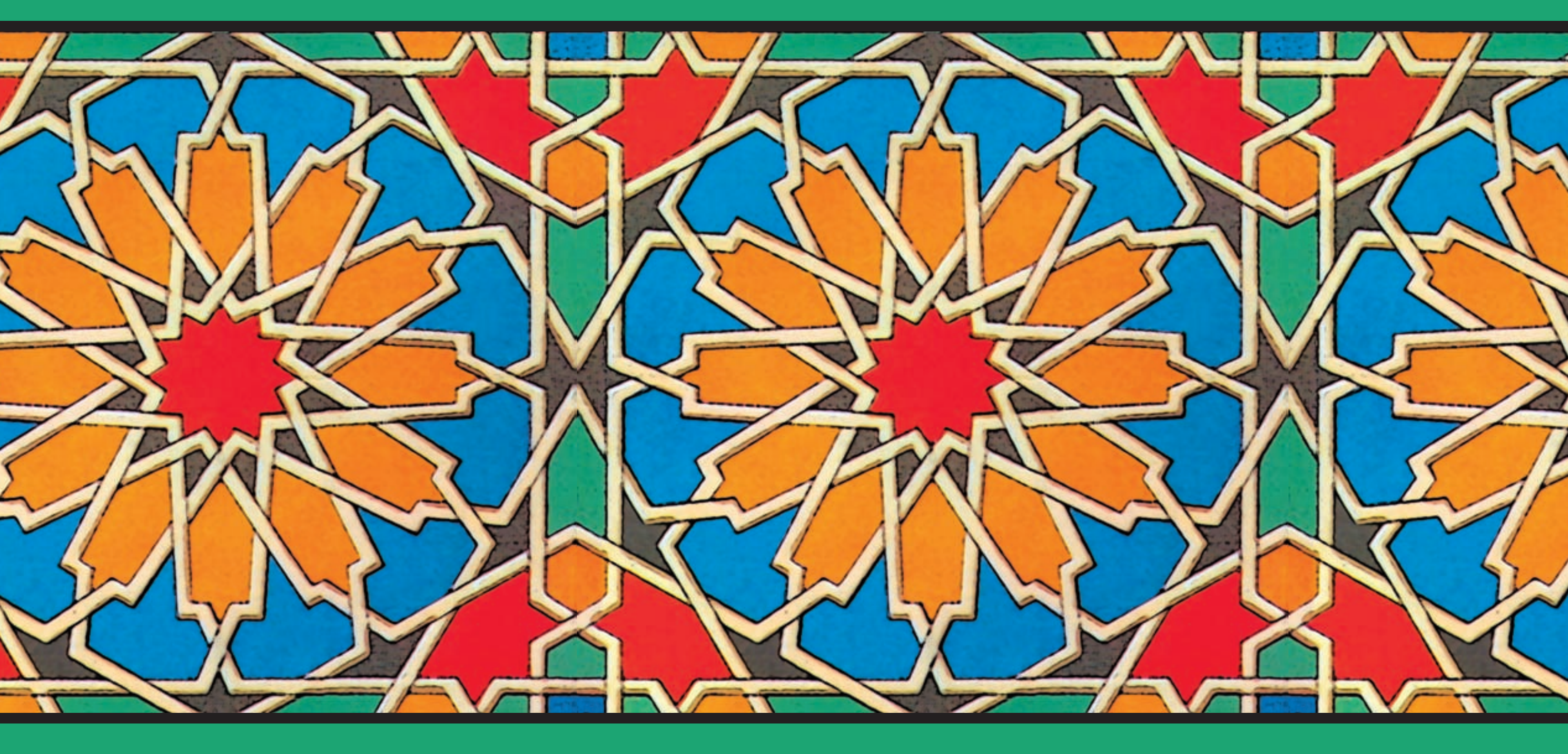
Maroc



Enquête sur la Population et la Santé Familiale (EPSF)

2003-04

INDICATEURS DU SOMMET MONDIAL POUR LES ENFANTS – ENPS 2003-2004

Taux de mortalité des enfants (0-4) (données observées)	Probabilité de décéder entre la naissance et l'âge de 5 ans, pour 1 000 naissances vivantes (période 0-4 ans avant l'enquête)	47
	(pour la période de 10 ans avant l'enquête) Masculin :	59
	Féminin :	48
Taux de mortalité infantile (données observées)	Probabilité de décéder entre la naissance et le 1er anniversaire, pour 1 000 naissances vivantes (période 0-4 ans avant l'enquête)	40
Retard de croissance	Enfants de moins de cinq ans souffrant de retard de croissance (%)	18
Émaciation	Enfants de moins de cinq ans souffrant d'émaciation (%)	9
Insuffisance pondérale	Enfants de moins de cinq ans souffrant d'insuffisance pondérale (%)	10
	Masculin	10
	Féminin	10
Utilisation de l'eau salubre	Pourcentage de la population qui utilise une source d'eau salubre pour boire[1]	78
Utilisation des sanitaires	Pourcentage de la population disposant de chasse d'eau ou de latrines améliorées	78
Taux d'alphabétisation	Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui savent lire un texte court et simple lié à la vie quotidienne	51
Soins prénatals	Femmes de 15-49 ans consultées au moins une fois durant la grossesse par du personnel de santé[2] (%)	68
Soins à la naissance de l'enfant	Naissances dont la mère a accouché avec l'assistance de personnel de santé[2] (%)	63
Poids à la naissance < 2,5 kg	Naissances vivantes qui pèsent moins de 2 500 grammes[3] (%)	13
Compléments de vitamine A	Enfants de 6-59 mois ayant reçu un supplément de vitamine A au cours des 6 derniers mois (%)	26
Compléments de vitamine A	Mères qui ont reçu un supplément de vitamine A avant que l'enfant n'atteigne l'âge de 8 semaines (%)	24
Cécité crépusculaire	Femmes qui souffraient de cécité nocturne durant la dernière grossesse (%)	2
Taux d'allaitement exclusif	Enfants de moins de 6 mois qui reçoivent exclusivement le sein (%)	31
Taux d'allaitement continu	Enfants de 12-15 mois qui sont allaités (%)	56
Taux d'allaitement continu	Enfants de 20-23 mois qui sont allaités (%)	14
Vaccin du BCG	Enfants d'un an vaccinés contre la tuberculose (%)	98
Vaccin du DTCoq	Enfants d'un an vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTCoq) (%)	95
Vaccin de la polio	Enfants d'un an vaccinés contre la poliomyélite (%)	95
Vaccin de la rougeole	Enfants d'un an vaccinés contre la rougeole (%)	90
Prévalence de la diarrhée	Enfants de moins de cinq ans ayant souffert de la diarrhée au cours des deux dernières semaines (%)	12
Utilisation de la TRO	Enfants de 0-59 mois qui avaient la diarrhée durant les deux dernières semaines et qui ont été traités avec SRO ou une solution préparée à la maison (%)	28
Prévalence des IRA	Enfants de moins de cinq ans ayant souffert des symptômes d'IRA au cours des deux dernières semaines (%)	12
Traitement des IRA	Enfants de 0-59 mois qui avaient des IRA durant les deux dernières semaines et qui ont été conduits à un centre de santé ou auprès d'un agent de santé (%)	35

[1] Eau de robinet ou de puits protégé ; [2] Le personnel de santé comprend le médecin, la sage-femme ou l'infirmière ; [3] Pour les enfants pour lesquels on ne dispose pas du poids déclaré à la naissance, on suppose que la proportion de faible poids à la naissance est la même que celle que l'on trouve dans chaque catégorie de poids parmi les enfants pour lesquels on connaît le poids.

Pour les indicateurs supplémentaires, se référer à la couverture intérieure arrière.

INDICATEURS SUPPLÉMENTAIRES – EDSMD-III

Indicateurs supplémentaires pour le suivi du VIH/sida et autres IST		
Connaissance correcte des moyens de prévention du VIH/sida	Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui connaissent parfaitement les deux moyens programmatiques de prévention du VIH/sida[4] (%) :	34
Connaissance erronée de la transmission du VIH/sida	Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui connaissent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida	52
	Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui connaissent que le sida ne peut pas être transmis par les moustiques	26
Transmission du VIH de la mère à son enfant	Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui pensent que le VIH peut être transmis de la mère à son enfant durant la grossesse, durant l'accouchement ou durant (l'allaitement (%)	50
Indicateurs supplémentaires pour le suivi de la fécondité		
Indice synthétique de fécondité	Nombre moyen d'enfants par femme en fin de vie féconde	2,5
Âge médian à la première naissance	Âge auquel la moitié des mères de 25-49 ans ont eu leur première naissance	23,9
Intervalle intergénésique médian	Durée de l'intervalle (en mois) pendant laquelle la moitié des mères de 15-49 ans ont attendu avant d'avoir une autre naissance	42,0
Fécondité des adolescentes	Femmes de 15-19 ans déjà mères ou enceintes du 1er enfant (%)	7
Indicateurs supplémentaires pour le suivi de la nuptialité		
Femmes actuellement mariées	Femmes de 15-49 ans qui sont mariées au moment de l'enquête (%)	52
Femmes de 15-49 ans célibataires	Femmes de 15-49 ans qui ne se sont jamais mariées (%)	42
Femmes de 15-19 ans célibataires	Femmes de 15-19 ans qui ne sont jamais mariées (%)	89
Femmes de 20-24 ans célibataires	Femmes de 20-24 ans qui ne sont jamais mariées (%)	62
Âge au premier mariage	Âge auquel la moitié des femmes de 25-49 ans sont entrées en mariage pour la première fois	21,4
Indicateurs supplémentaires pour le suivi des préférences en fécondité		
Indice synthétique de fécondité désirée	Pour les femmes de 15-49 ans, le nombre moyen d'enfants souhaité à la fin de leur vie féconde	1,8
Désir d'espacement des naissances	Femmes actuellement mariées souhaitant espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus (%)	23
Désir de limitation des naissances	Femmes actuellement mariées ne voulant plus d'enfants, y compris celles qui sont stérilisées (%)	54
Prévalence contraceptive – femmes actuellement mariées	Femmes actuellement mariées de 15-49 ans qui utilisent une méthode contraceptive (toutes méthodes confondues, et méthodes modernes) (%) Toutes méthodes : Méth. modernes :	63 55
Besoins non satisfaits en planification familiale	Femmes actuellement mariées ayant déclaré ne plus vouloir d'enfants ou vouloir attendre deux ans ou plus avant la prochaine naissance et qui n'utilisent pas la contraception (%)	10

[4] Avoir des rapports sexuels avec seulement un partenaire qui n'a pas d'autre partenaire et utiliser le condom au cours de chaque rapport sexuel.

ROYAUME DU MAROC

ENQUÊTE SUR LA POPULATION ET LA SANTÉ FAMILIALE (EPSF) 2003-2004

Ministère de la Santé
DPRF/DPE/SEIS
Rabat, Maroc

ORC Macro
Calverton, Maryland USA

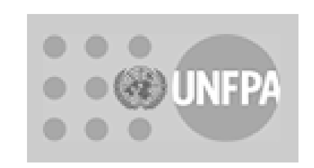
Projet PAPFAM
Ligue des États Arabes
Le Caire, Egypte

Mars 2005









Ce rapport présente les principaux résultats de l'Enquête sur la Population et la Santé Familiale (EPSF) réalisée au Maroc d'octobre 2003 à février 2004 par le Ministère de la Santé (Service des Etudes et de l'Information Sanitaire – SEIS, Division de la Planification et des Études, Direction de la Planification et des Ressources Financières).

L'EPSF, initiée par le Gouvernement du Maroc fait partie du Programme mondial MEASURE *DHS+* et du Projet PAPFAM (The Pan-Arab Project for Family Health – Le projet Pan-Arabe pour la Santé Familiale). Les deux projets ont pour objectifs la collecte, l'analyse et la diffusion des données relatives à la population et la santé de la famille, l'évaluation de l'impact des programmes mis en œuvre et la planification de nouvelles stratégies pour l'amélioration de la santé et le bien-être de la population. L'EPSF a réalisée avec l'appui technique du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys - MEASURE *DHS+*) de ORC Macro, et du projet PAPFAM de la Ligue des États Arabes. Elle a bénéficié de l'appui financier du Gouvernement marocain, de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et du Projet PAPFAM. Ce rapport est l'œuvre des auteurs et ne représente nécessairement ni la politique de l'USAID ni des autres agences de coopération.

Des informations complémentaires sur l'EPSF peuvent être obtenues auprès du Ministère de la Santé, Direction de la Planification et des Ressources Financières, Division de la Planification et des Études, Service des Etudes et de l'Information Sanitaire – SEIS, Avenue Mohamed V, Rabat, Maroc. Téléphone : 212-37-762781 ; Fax : 212-37-769480) ; Email : mazelmat@sante.gov.ma ; Internet : www.sante.gov.ma.

Concernant le Projet Pan Arab Project for Family Health, 22A Taha Hussein St., Zamalek – Caire, Egypte 11211. Téléphone : (202) 735 4306 ; Tél/Fax : (202) 738 3634 ; Email : papfaminfo@papfam.org.

Concernant le Programme MEASURE *DHS+*, des renseignements peuvent être obtenus auprès de ORC Macro, 11785 Beltsville Drive, Calverton, Maryland 20705, USA. Téléphone : 301-572-0200 ; Fax : 301-572-0999 ; Email : reports@macroint.com ; Internet : www.measuredhs.com.



Citation recommandé :

Ministère de la Santé [Maroc], ORC Macro, et Ligue des États Arabes. 2005. *Enquête sur la Population et la Santé Familiale (EPSF) 2003-2004.* Calverton, Maryland, USA : Ministère de la Santé et ORC Macro.

TABLE DES MATIÈRES

Page

LISTE DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES

Page

CHAPITRE 4 FÉCONDITÉ

CHAPITRE 5 PLANIFICATION FAMILIALE

CHAPITRE 9 VACCINATIONS ET MALADIES DES ENFANTS

CHAPITRE 10 ALLAITEMENT ET ÉTAT NUTRITIONNEL

CHAPITRE 11 MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

CHAPITRE 12 ÉTAT DE SANTÉ DES FEMMES ET MORBIDITÉ REPRODUCTIVE

CHAPITRE 13 MALADIES CHRONIQUES ET HANDICAPS

CHAPITRE 14 MORTALITÉ MATERNELLE

CHAPITRE 15 VIH/SIDA ET INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES : CONNAISSANCE ET ATTITUDES

PRÉFACE

Dans le cadre de ses efforts visant à développer les outils d'évaluation, de planification et d'aide à la décision, le Ministère de la Santé réalise, depuis plus de 25 ans, des enquêtes quinquennales sur la population et la santé. Ces outils sont d'une grande importance en vue d'évaluer les activités et les actions menées par les acteurs du système de santé pour apprécier et évaluer les résultats de leur action.

Pourquoi ce genre d'enquêtes? Car, peu de pays en développement disposent de systèmes nationaux d'enregistrement des naissances et des décès et d'identification des causes précises de décès. Mais, certains indicateurs peuvent être évalués au moyen d'enquêtes auprès des ménages faisant appel à des techniques d'estimation directe et indirecte. Ces méthodes, qui requièrent des échantillons de grande taille, restent le seul moyen pour connaître le niveau de certains indicateurs démographiques et de santé malgré qu'elles soient à la fois complexes et coûteuses.

Aussi, ces études à la fois quantitatives et qualitatives constituent-elles pour les professionnels de santé, à tous les niveaux, le meilleur outil autour duquel, le débat sur les besoins précis de la population peut être engagé ou déjà engagé.

Ces enquêtes sur la population et la santé constituent également un élément principal dans le système national d'information sanitaire (SNIS), puisqu'elles permettent de compléter le système d'information de routine, et apprécient l'état de santé de la population en comparaison avec les pays ayant réalisé le même type d'enquête.

Dans ce cadre, l'Enquête sur la Population et la Santé Familiale (EPSF) a été réalisée au Maroc entre les mois d'octobre 2003 et mars 2004 par le Ministère de la Santé (Direction de la Planification et des Ressources Financières). L'EPSF a été financée par l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), l'OMS et l'UNICEF. Elle a bénéficié de l'assistance technique du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys - MEASURE *DHS*+) de ORC Macro et du projet PAPFAM de la Ligue des États Arabes.

Les résultats du rapport final de cette étude nationale sont d'une grande utilité car ils ont permis une appréciation plus globale de l'état de santé de la population en général et celle de la mère et l'enfant en particulier au travers l'introduction de nouveaux modules tels que le « Bien-être des ménages », et « l'Autonomie des Femmes ». Ces nouveaux indicateurs ont beaucoup aidé à mieux apprécier les efforts entrepris par le gouvernement pour réduire les inégalités sociales dans le domaine de la Santé, et l'impact de cette autonomie sur la santé de la population.

Je saisi cette occasion pour féliciter tous ceux et celles qui ont contribué de prés ou de loin à la réussite de cette importante enquête nationale.

J'invite, enfin, tous les responsables à procéder à une large diffusion de ce document auprès de tous les professionnels de santé et auprès de tous les acteurs du système de santé.

Le Ministère de la Santé reste disposé à mettre, à la disposition des professionnels intéressés par la recherche en santé, les données des différentes enquêtes dont il dispose, et ce en vue de contribuer au développement de la recherche médicale par l'approfondissement de certains aspects en rapports avec les objectifs de cette étude.

LE MINISTRE DE LA SANTE

Docteur Mohamed Cheikh BIADILLAH

REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé a réalisé l'enquête sur la population et la santé familiale (EPSF) 2003-2004, avec la collaboration précieuse de la population, des Départements Ministériels, des Autorités Locales, des Collectivité Locales et d'un certain nombre d'organismes internationaux.

Cette enquête d'une grande importance, ne serait être, aussi, une réussite sans les contributions fructueuses des professionnels de santé et aux efforts louables d'un très grand nombre de personnes.

Ainsi mes remerciements s'adressent :

- A la population qui a bien voulu accepter de répondre aux enquêtrices, à leurs questionnements dans des conditions parfois très gênantes ;
- Aux enquêtrices, aux contrôleuses, et aux superviseurs qui ont assuré le recueil des données dans un temps record, en respectant les normes internationales pour une meilleure qualité des données ;
- Au Ministère de l'Intérieur, aux Autorités Locales des Provinces et Préfectures du Royaume, aux Collectivités Locales pour l'aide qu'ils ont apportée aux équipes sur le terrain ;
- A l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID) ;
- Au Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) ;
- A l'OMS et l'UNICEF ;
- Au Programme Mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys - MEASURE *DHS*+) de ORC Macro ;
- Au projet PAPFAM de la Ligue des États Arabes ;
- Aux responsables et à tout le personnel du Ministère de la Santé ;
- Aux cadres de la Direction de la Planification et des Ressources Financières des efforts qu'ils ont déployés tout le long de la durée de l'enquête.

LE DIRECTEUR DE LA PLANIFICATION
ET DES RESSOURCES FINANCIERES

Jilali HAZIM

SIGLES

AMPF	Association Marocaine de Planification Familiale
BCG	Bacille de Calmette et Guérin (vaccin antituberculeux)
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (États Unis)
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CSPro	Census and Survey Processing (Etats-Unis)
CV	Coefficient de Variation
DHS (EDS)	Demographic and Health Surveys (Enquêtes Démographiques et de Santé)
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DP	Direction de la Population
DPE	Division de la Planification et des Études
DPRF	Direction de la Planification et des Ressources Financières
DR	District de Recensement
DTCoq	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche
ENDPR	Enquête Nationale Démographique à Passages Répétés au Maroc 1986-88
ENFPF	Enquête Nationale sur la Fécondité et la Planification Familiale au Maroc, 1979-80
ENPC	Enquête Nationale sur la Prévalence Contraceptive au Maroc, 1983-84
ENPS-I	Enquête Nationale sur la Planification Familiale, la Fécondité et la Santé de la Population au Maroc, 1987
ENPS-II	Enquête Nationale sur la Population et la Santé, 1992
ENSME	Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant, 1997
EOM	Enquête à Objectifs Multiples au Maroc, 1962
EPSF	Enquête sur la Population et la Santé Familiale, 2003-04
ET	Écart-type
IEC	Information, Éducation et Communication
IMC	Indice de Masse Corporelle
IPPF	International Planned Parenthood Federation, Angleterre
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
ISF	lndice Synthétique de Fécondité
ISFD	lndice Synthétique de Fécondité Désirée
ISSA	Integrated System for Survey Analysis
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MAMA	Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
MS	Ministère de la Santé
NCHS	National Center for Health Statistics (États-Unis)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORC	Opinion Research Corporation (Etats-Unis)

PAPFAM	Pan Arab Project for FAMily health
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PF	Planning Familial/Planification Familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PNI	Programme National d'Immunisation
RDV	Risque de Mortalité Maternelle sur la Durée de Vie
REPS	Racine Carrée de l'Effet du Plan de Sondage
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SEIS	Service des Études et de l'Information Sanitaire, Ministère de la Santé, Maroc
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SSB	Soins de Santé de Base
SRO	Sels de Réhydratation par voie Orale
TBN	Taux Brut de Natalité
TGFG	Taux Global de Fécondité Générale
TMM	Taux de Mortalité Maternelle
TRO	Thérapie de Réhydratation par voie Orale
UNFPA	United Nations Population Fund (Fonds des Nations Unies pour la Population)
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)
UPS	Unité Primaire de Sondage
USAID	United States Agency for International Development (Agence des États-Unis pour le Développement International)
VAT	Vaccin Antitétanique
VDMS	Visites à Domicile de Motivations Systématiques en Santé, Maroc
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WFPHA	World Federation of Public Health Associations

RÉSUMÉ

L'Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale du Maroc (EPSF) est une enquête par sondage, représentative au niveau national. Elle a été exécutée par le Service des Études et de l'Information Sanitaire (SEIS), Division de la Planification et des Etudes de la Direction de la Planification et des Ressources Financières, Ministère de la Santé en collaboration avec le Programme MEASURE *DHS+* de ORC Macro et le Projet pan-arabe pour la santé familiale - The Pan Arab Project for Family Health (PAPFAM). L'EPSF fournit des informations détaillées sur la fécondité, la santé maternelle et infantile, l'état nutritionnel des enfants et des mères, la planification familiale, la mortalité infanto-juvénile, la mortalité maternelle, les handicaps, les maladies chroniques et reproductives chez la femme et les infections sexuellement transmissibles (IST) et le sida. Au cours de l'enquête, réalisée sur le terrain d'octobre 2003 à février 2004, 11 513 ménages et 16 798 femmes âgées de 15-49 ans ont été interviewés avec succès, soit des taux de réponse respectifs de 99 % et 96 %.

Les informations recueillies sont significatives au niveau national, au niveau du milieu de résidence (urbain et rural) et au niveau des grandes régions économiques pour un nombre non négligeable d'indicateurs.

Pour l'approvisionnement en eau à boire, au niveau national, 71 % des ménages ont accès à de l'eau salubre provenant d'un robinet ou d'une fontaine. La proportion est de 96 % en milieu urbain contre 33 % en milieu rural. En ce qui concerne la disponibilité d'installations sanitaires, plus de huit ménages sur dix (82 %) utilisent des toilettes avec 99 % en milieu urbain et 56 % en milieu rural. Par ailleurs, 78 % des ménages ont de l'électricité (95 % en urbain et 51 % en rural).

Avec les niveaux actuels de fécondité, chaque femme aura 2,5 enfants à la fin de sa vie féconde. Il s'agit donc d'une fécondité en pleine transition, qui a connu un changement radical au cours des 40 dernières années. En effet, l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est passé de 7 enfants par femme en moyenne au début des années 60 à 5,6 enfants à la fin des années 70 et à 2,5 enfants au début des années 2000. Le niveau de la fécondité présente des variations assez prononcées selon le milieu et la région de résidence. La fécondité du milieu rural (3 enfants) est nettement plus élevée que celle du milieu urbain (2,1 enfants). C'est dans les régions de Doukkala-Abda et de Tanger-Tétouan (3,1 enfants) que l'on observe les niveaux les plus élevés. Par ailleurs, les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus ont, en moyenne, plus d'un enfant de moins que celles qui n'ont jamais fréquenté l'école (1,8 contre 3,0).

Au nombre des facteurs qui expliquent les faibles niveaux de la fécondité, on peut citer le recul de l'entrée en première union. Ainsi, une femme de 20-49 ans sur quatre seulement était déjà mariée à 18 ans, et un peu plus de la moitié (53 %) était déjà en union à 22 ans. Par ailleurs, l'utilisation plus large des moyens contraceptifs est un autre facteur qui explique la baisse du niveau de fécondité. Chez les femmes mariées, 63 % utilisaient une méthode quelconque au moment de l'enquête : 55 % utilisaient une méthode moderne et 8 % une méthode traditionnelle et/ou populaire. Le taux d'utilisation de l'ensemble des méthodes qui s'élevait à 58 % en 1997 a augmenté de cinq points en six années. Ce changement est dû à la seule augmentation qu'a connu le milieu rural puisque le milieu urbain est resté exactement au niveau atteint en 1997.

L'éventail des méthodes contraceptives continue à être invariablement dominé par la pilule qui représente environ les trois quarts (73 %) des méthodes modernes utilisées et 64 % de l'ensemble des méthodes, soit les mêmes parts qu'elle avait en 1997 parmi l'éventail des méthodes contraceptives. La prévalence contraceptive urbaine pour l'ensemble des méthodes n'est que légèrement supérieure à celle du milieu rural : 66 % contre 60 %. La prévalence de la contraception, qu'elle soit moderne ou traditionnelle, augmente avec le niveau d'instruction. Soixante et un

pour cent des femmes sans instruction utilisent une méthode quelconque (54 % pour les méthodes modernes). Chez les femmes ayant un niveau d'instruction primaire, la prévalence est un peu plus élevée et atteint 63 % (57 % pour les méthodes modernes). C'est chez les femmes les plus instruites que la prévalence contraceptive est la plus élevée, avec près de sept femmes sur dix (69 % dont 56 % pour les méthodes modernes).

Dans leur majorité, les femmes, se procurent les méthodes modernes de contraception auprès du secteur public (56 %), dont 46 % auprès des centres de santé. Pour les méthodes définitives ou de longue durée, le secteur médical public vient en tête avec 79 % pour la stérilisation féminine, 84 % pour le DIU et pour la quasi-totalité des injectables (98 %).

.

Étant donné le niveau relativement élevé de la prévalence contraceptive, les besoins non-satisfaits en matière de planification familiale ne sont donc pas très importants, ne dépassant pas 10 %. Toutefois, une comparaison de l'indice synthétique de fécondité désirée (ISFD) et de l'indice synthétique de fécondité actuelle (ISF) permet de déterminer l'effet potentiel qu'aurait eu un programme de planification familiale sur la réduction de la fécondité. Au Maroc, l'ISFD est estimé à 1,8 enfants par femme et l'ISF à 2,5 enfants par femme. On peut donc en conclure que si toutes les naissances non désirées avaient été évitées, les femmes auraient 0,7 enfant de moins.

D'autre part, l'EPSF a permis de recueillir des données sur la santé maternelle et infantile. En ce qui concerne les soins prénatals pour les naissances survenues dans les 5 années précédant l'enquête et les conditions d'accouchement, on constate que sur 100 femmes qui ont été examinées, plus des deux tiers (69 %) ont fait l'objet de consultations prénatales auprès de professionnels de la santé (médecins, infirmières, sages-femmes). Ce niveau a plus que doublé par rapport à l'enquête ENPS-II de 1992, qui était seulement de 32 %. En 1997, selon les données de l'ENSME, le pourcentage était de 58 % pour les naissances survenues dans les 3 années précédant l'enquête. Les consultations prénatales ont été principalement effectuées par les médecins (40 %), et dans 27 % des cas, elles ont été dispensées par des infirmières ou sages-femmes. Par contre, environ trois naissances sur dix seulement (28 %) ont été protégées par, au moins, une dose de vaccin antitétanique par les mères durant la grossesse et, dans 13 % des cas, les femmes ont reçu deux doses de vaccin ou plus. Ce niveau de vaccinations antitétaniques est de loin inférieur à celui enregistré en 1992 dans le cadre de l'ENPS-II (54% et 46 % des naissances ont été protégées respectivement par au moins une dose et par deux doses).

Concernant le lieu d'accouchement, au cours des cinq années qui ont précédé l'enquête, 61 % des naissances ont eu lieu dans les établissements sanitaires publics et privés contre 39 % à la maison. En 1992, selon l'ENPS-II, l'accouchement dans les services de santé était très limité ne dépassant pas 28 %, et en 1997, selon l'ENSME, il était de 46 %.

Le lieu d'accouchement varie selon les caractéristiques socio-démographiques des femmes. On constate, par exemple, que les femmes accouchent plus fréquemment dans les établissements sanitaires urbains (83 %) que ruraux (38 %). En ce qui concerne la région de résidence, on observe que les régions de Marrakech-Tensift-Al Haouz et de Taza-Al Hoceima-Taounate se caractérisent par les plus faibles proportions de femmes accouchant dans des structures sanitaires (respectivement 45 % et 47 %).

En ce qui concerne les vaccinations des enfants, on constate qu'au niveau national, et selon les deux sources de vaccination (carte de vaccination et déclarations des mères), 89 % des enfants âgés de 12-23 mois, ont été complètement vaccinés contre les six maladies de l'enfance. Seulement environ 1 % des enfants âgés de 12-23 mois n'ont reçu aucun vaccin. Cette amélioration du niveau de la couverture vaccinale est le fruit de la stratégie du programme national d'immunisation, en l'occurrence des journées nationales de vaccination.

Au Maroc, les infections respiratoires aiguës (IRA) et la diarrhée restent des problèmes de santé importants chez les enfants. Douze pour cent des enfants de moins de cinq ans ont souffert de toux accompagnée de respiration courte et rapide au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. De même, 12 % ont eu un ou plusieurs épisodes diarrhéiques durant les deux semaines ayant précédé l'enquête. Au cours des épisodes diarrhéiques, plus d'un enfant sur trois (34 %) n'a bénéficié d'aucun traitement.

Les données de l'enquête montrent que la pratique de l'allaitement maternel est quasi générale

au Maroc puisque 95 % des enfants nés durant les cinq dernières années ont été allaités. Cependant, la proportion d'enfants encore allaités baisse très vite avec l'augmentation de l'âge de l'enfant (à 12-13 mois, 56 % seulement des enfants sont encore allaités). Un enfant sur deux est allaité pendant 14,2 mois. Par ailleurs, si l'allaitement est quasi général, l'allaitement exclusif est, quant à lui, très limité. En effet, seulement trois enfants sur dix moins de 6 mois sont exclusivement allaités au sein. À partir de 6 mois, tous les enfants devraient recevoir une alimentation de complément : 66 % des enfants marocains de 6-9 mois sont nourris conformément à ces recommandations.

Au niveau national, presque un enfant sur cinq (18 %) souffre de malnutrition chronique, ou accuse un retard de croissance, c'est-à-dire il est trop petit pour son âge. Le niveau de la malnutrition chronique a connu une baisse non négligeable par rapport à celui enregistré à l'enquête ENPS-II de 1992 qui était de 23 %. Toutefois, le niveau du retard de croissance chez les enfants marocains reste élevé, si on le compare à celui de la population de référence qui est 2,3 %.

La mortalité des enfants a accusé une baisse non négligeable au cours des douze dernières années. Pour la période la plus récente (0-4 ans avant 1'enquête), sur 1000 naissances, 40 enfants décèdent avant leur premier anniversaire; pour cette même période, sur 1000 enfants âgés d'un an, 7 meurent avant leur cinquième anniversaire, et sur 1000 naissances, 47 enfants décèdent avant leur cinquième anniversaire. Entre cette enquête pour la période de 1999-2003 et l'ENPS-II pour la période de 1987-1991, la mortalité infantile a connu une baisse de 30 %, la mortalité juvénile a baissé de 65 %, et la mortalité infanto-juvénile de 37 %.

L'EPSF a apporté des informations sur la mortalité maternelle. Ainsi, pour la période des dix années précédant l'enquête, c'est-à-dire entre 1984 et 1993, pour 100 000 naissances, il y a 227 décès maternels. Cette nouvelle estimation de la mortalité maternelle vient confirmer le niveau estimé à 228 pour 100 000 naissances pour la période 1992-1996 par l'enquête ENSME de 1997. Ces deux périodes se chevauchent et par conséquent, ces résultats sont à mettre à l'actif de l'une et de l'autre opération, malgré le fait qu'il était impossible de fournir une estimation portant sur une période plus récente pour des raisons de rareté des décès adultes généralement observée aux âges retenus et le niveau relativement élevé de l'espérance de vie féminine à la naissance au Maroc aussi bien que du niveau relativement bas de la fécondité.

Au Maroc, plus de neuf femmes sur dix (91 %) ont déclaré avoir entendu parler du VIH/sida. La limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté ainsi que l'utilisation de condoms demeurent les principaux moyens de prévention de l'infection par le VIH. Les résultats de l'enquête montrent que plus d'un tiers des femmes seulement ont déclaré qu'on pouvait éviter de contracter le virus en utilisant ces deux moyens ; de ces deux moyens, c'est la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté qui est le plus fréquemment connu (55 %) ; l'utilisation du condom n'a été citée que par 38 % des femmes.

L'ENPS a également recueilli des informations sur les handicaps au Maroc. Au niveau national, sur 1 000 enquêtés, 17 ont déclaré présenter un handicap. On constate que la proportion d'hommes handicapés est supérieure à celle des femmes (21 ‰ contre 14 ‰). Les résultats montrent que les principaux handicaps sont : le handicaps moteur (37 %), le handicap visuel (17 %), le handicap mental (14 %) et le handicap auditif (13 %).

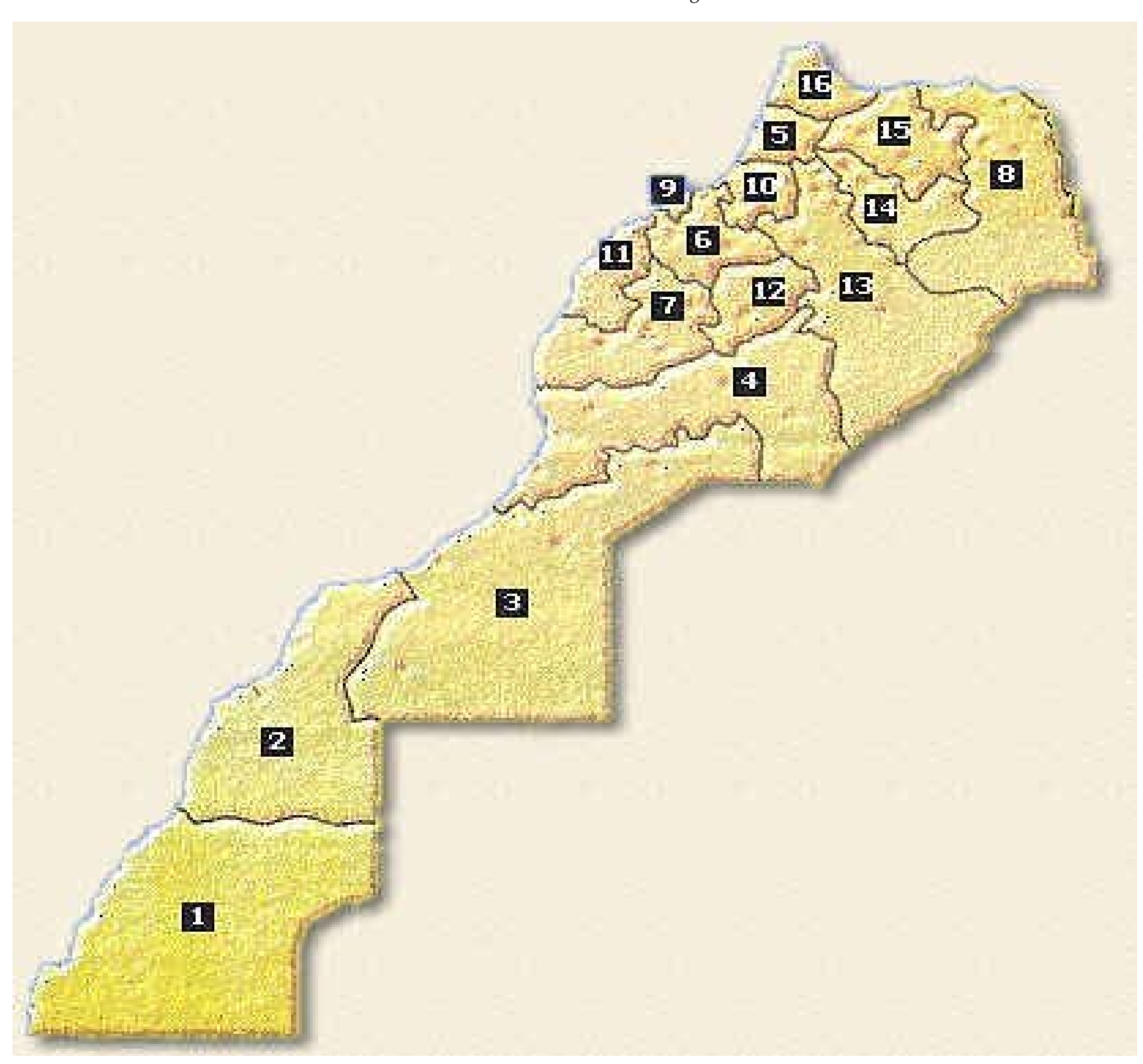
Du fait de leur place dans la société et de leur situation économique, les femmes peuvent se trouver en position désavantagée en matière de soins et leur accès aux services de santé peut en être restreint. Au cours de l'EPSF, des questions ont été posées aux femmes non-célibataires concernant les problèmes qu'elles avaient pu rencontrer pour se soigner. Les résultats montrent que le manque d'argent a été l'obstacle majeur rencontré par les femmes pour accéder aux soins de santé et obtenir un traitement (74 %). Deux autres problèmes importants ont été déclarés par les femmes tels que la distance à parcourir pour atteindre un établissement de santé (60 %) et l'obligation de prendre un moyen de transport (56 %). Ces problèmes affectent davantage les femmes les plus vulnérables de la société marocaine, à savoir celles des zones rurales, et appartenant aux ménages les plus démunis.

Royaume du Maroc

Carte administrative

Les 16 régions :

1 Oued Eddahab-Lagouira
2 Laâyoune-Boujdour-Sakia El Hamra
3 Guelmim-Es Smara
4 Souss-Massa-Drâa
5 Gharb-Chrarda-Beni Hssen
6 Chaouia-Ouardigha
7 Marrakech-Tensift-El Haouz
8 Oriental
9 Grand Casablanca
10 Rabat-Salé-Zemmour-Zaër
11 Doukkala-Abda
12 Tadla-Azilal
13 Meknès-Tafilalt
14 Fès-Boulmane
15 Taza-Al Hoceima-Taounate
16 Tanger-Tétouan



CARACTÉRISTIQUES DU PAYS ET PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE — 1

Jilali Hazim

1.1 MILIEU NATUREL

1.1.1 Relief

Le Maroc, dont la superficie est de 710 850 kilomètres carrés, est situé entre la Méditerranée et l'Atlantique (entre le 21° et le 36° de latitude Nord). Pays du soleil couchant, « Al-Maghrib Al Aqça », il constitue une zone de passage Nord-Sud par le détroit de Gibraltar ; de ce fait, il appartient à la fois au monde méditerranéen et au monde saharien.

Son littoral de plus de 3 000 km est bordé de plaines basses ou de plateaux, alors que sa façade méditerranéenne longue de plus de 450 km, est plus étroite et constitue une zone bordée de montagnes difficilement franchissables.

Selon leur relief et leur situation géographique, on peut distinguer les six régions principales suivantes :

La plaine de la côte atlantique : C'est la région la plus fertile et la mieux arrosée du pays.

La Meseta : Située au Centre Ouest, cette région a une altitude de 300 m environ au dessus du niveau de la mer. La bordure Nord-Ouest est bien arrosée ce qui permet de bonnes productions de céréales, de vignes et de cultures très variées.

Les chaînes de l'Atlas : Elles forment le Haut Atlas et l'Anti-Atlas, séparant le Nord-Ouest du Sud-Est, caractérisée par deux climats (humide et désertique). Le versant ouest, généralement bien arrosé, est boisé : on peut y cultiver des céréales, des olives et des fruits. L'autre versant est sec et nu et les parties les plus élevées sont couvertes de neige en hiver. Le Moyen Atlas offre des pâturages de bonne qualité. Le Rif au Nord est parallèle à la côte méditerranéenne, et bien que moins arrosé que le Moyen Atlas, il est néanmoins boisé mais reste moins propice à une agriculture de grande étendue.

Le Sud-Est et le Sud désertique : C'est une région essentiellement constituée d'oasis et de palmeraies, et en grande partie du Sahara, jusqu'à la frontière avec la Mauritanie.

Le plateau oriental : Il est situé entre le Haut et le Moyen Atlas et entre la vallée de la Moulouya à l'Ouest, et la frontière algérienne à l'Est. Ce plateau est riche en mines.

Les plaines et les collines : Elles couvrent les zones du Souss au Sud-Ouest, du Gharb au Nord et de la vallée de la Moulouya au Nord-Est, et constituent les meilleures terres cultivables du pays.

1.1.2 Climat

Le Maroc possède un climat méditerranéen tempéré par l'Atlantique, à la fois contrasté et nuancé. La présence, à la fois de la mer, du Sahara et de hautes montagnes, donne au Maroc un climat très diversifié. C'est ainsi que l'on peut distinguer trois zones climatiques : la zone atlantique, la zone des montagnes et la zone orientale.

1.2 MILIEU HUMAIN

La population du Maroc est constituée des grands groupes humains suivants :

- Les Berbères, qui constituent le groupe le plus important ; ils vivent en majorité dans les régions montagneuses du Rif (les Rifains), du Moyen et Haut Atlas (Les Amazighenes) et de l'Anti-Atlas (les Tachelhites ou Souassas) ;
- Les Arabes qui sont installés, en général, dans les plaines intérieures et côtières ;
- Les Sahraouis qui vivent au Sahara marocain.

En 1997, la population marocaine était estimée à plus de 27 millions d'habitants. La répartition spatiale est très inégale : les deux régions économiques du Grand Casablanca et du Rabat-Salé-Zemmour-Zaër abritent la moitié de la population.

Les enquêtes menées par le Ministère de la Santé et par la Direction de la Statistique (Commissariat au Plan), ont permis une meilleure connaissance de notre situation démographique actuelle.

Natalité : Le tableau 1.1 présente les taux de natalités estimés par différentes opérations de collecte : on constate une diminution très nette du taux de natalité au Maroc : en effet, de 52-53 ‰ pour la période 1955-60, le taux de natalité est passé à 21 ‰ pour la période 2003-2004. Quant au taux d'accroissement démographique qui était de 2,8 % durant la période 1971-1982, il a connu lui aussi, une baisse relativement importante au cours des dix dernières années : en 2003-2004, ce taux est estimé à 1,49 % (tableau 1.2).

Tableau 1.1 Évolution du taux de natalité

Évolution du taux de natalité (o/oo) au Maroc selon différentes sources d'information durant la période 1955-2004

Sources d'information et année	Taux de natalité (pour mille)
Recensement, 1960 (période 1955-60)	52-53
Enquête à Objectifs Multiples, 1962	46,1
Enquête Nationale de Fécondité et de Planification Familiale, 1979-1980	41,0
Enquête Démographique à Passages Répétés, 1986-88	31,6
Enquête Nationale sur la Population et la Santé, 1992	29,2
Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant, 1997	23,6
Enquête sur la Population et la Santé Familiale 2003-2004	21,1

Sources :
Centre d'Études et de Recherches Démographiques, Direction de la Statistique (Commissariat au Plan) ; DPRF/Ministère de la Santé.

Mortalité : S'il est vrai que la mesure du niveau de mortalité reste encore un problème pour les pays en Développement, les études menées ces dernières années par le Ministère de la Santé Publique et le Ministère du Plan, ont néanmoins permis d'avoir une assez bonne connaissance des niveaux de mortalité en général et de la mortalité infanto-juvénile en particulier.

Les données suivantes permettent de conclure à une baisse notable de la mortalité générale :

- 30 à 40 ‰ pour la période 1930-1940 ;
- 19 ‰ en 1962 ;
- 15 ‰ pour la période 1971-1982 ;
- 8 ‰ en 1992 ;
- 6,5 ‰ en 1996-1997 ;
- 6,3 ‰ en 2003.

Tableau 1.2 Évolution du taux d'accroissement démographique

Accroissement démographique durant la période 1925-2004, Maroc

Période d'accroissement	Taux d'accroissement démographique annuel moyen inter censitaire en %
1925-1952	1,8
1952-1960	3,5
1960-1971	2,6
1971-1982	2,76
1982-1987	2,53
1987-1988	2,34
1988-1989	2,28
1989-1990	2,22
1990-1991	2,15
1991-1992	2,08
1996-1997	1,71
2003-2004	1,49

Sources :
Centre d'Études et de Recherches Démographiques, Direction de la Statistique (Commissariat au Plan), DPRF/Ministère de la Santé.

Structure par âge : Les résultats du recensement de 1994 ont laissé entrevoir une tendance à la modification de la pyramide des âges. La population de moins de 15 ans représente 37 % de la population totale, et la population âgée de 60 ans ou plus représente quant à elle 7,1 %.

Education : Les résultats fournis par les deux recensements de 1982 et 1994, ont montré une amélioration du niveau d'instruction de la population, cela grâce aux efforts déployés en matière d'infrastructure matérielle et humaine dans ce domaine. Le taux d'analphabétisme est passé successivement de 87 % en 1960 à 75 % en 1971, à 65 % en 1982 et à 55 % en 1994.

Milieu de résidence : La répartition de la population selon le milieu de résidence (urbain ou rural) a mis en évidence un accroissement important, au cours des quinze dernières années, du taux d'urbanisation : en effet, la proportion des citadins est passée de 35 % en 1971 à 51,4 % en 1994, soit un accroissement annuel moyen de 2 %. En 1997, la population urbaine est estimée à 53,2 %.

1.3 ORGANISATION ADMINISTRATIVE ET SANITAIRE DU MAROC

1.3.1 Organisation administrative du pays

Selon le découpage administratif, le Maroc est divisé, en 16 régions économiques :

Oued-Eddahab-Lagouira, Laâyoune-Boujdour-Sakia Al Hamra, Guelmim-Smara, Souss-Massa-Draâ, El Gharb-Chrarda-Bni Hssein, Chaouia-Ouardigha, Marrakech-Tensift-Al Haouz, Région-Oriental, Grand-Casablanca, Rabat-Salé-Zemmour-Zaër, Doukala-Abda, Tadla-Azilal, Meknès-Tafilalet, Fès-Boulmane, Taza-Al Hoceima-Taounate, Tanger-Tétouan. Ces régions sont elles-mêmes subdivisées en 68 provinces ou préfectures. Ces dernières sont regroupées en Wilaya. Le Wali ou gouverneur qui est à la tête d'une wilaya ou d'une province et préfecture, est le représentant de Sa Majesté le Roi. Chaque province est divisée en municipalités, arrondissements, cercles et communes. Ainsi, on compte 76 municipalités, 249 communes urbaines et 1 298 communes rurales. Les municipalités sont administrées

par un Khalifat et les communes par un Caïd. Des conseils communaux, municipaux, provinciaux ou préfectoraux et régionaux sont élus par la population pour gérer les affaires dont ils ont la charge.

1.3.2 Organisation du système de Santé

La responsabilité de l'exécution de la politique sanitaire du gouvernement incombe au Ministère de la Santé. Les délimitations des aires géographiques des provinces et préfectures médicales sont calquées sur le découpage administratif.

Le délégué, représentant du Ministère de la Santé, assure l'exécution de la politique sanitaire au niveau de sa province ou préfecture.

Le système de santé est subdivisé en deux catégories de réseaux d'action sanitaire, celui de l'action ambulatoire et celui de l'action hospitalière.

Réseau d'action ambulatoire : C'est le réseau des soins de santé de base (SSB) ; il a pour principal champ d'action la prévention sanitaire. Pour ce faire, chaque province ou préfecture est divisée en circonscriptions sanitaires, urbaines ou rurales, qui sont des aires géographiques délimitées par la taille de la population mais qui tiennent également compte de la distribution de la population, par rapport au chef lieu de la circonscription sanitaire, qui est le centre de santé. Le médecin-chef de la circonscription est chargé de la supervision, du contrôle et de l'évaluation des différents programmes sanitaires.

Enfin, chacun des secteurs est subdivisé en zones géographiques appelées sous-secteurs. L'infirmier est chargé, selon un circuit mensuel, des activités de son sous-secteur.

Réseau d'action hospitalière : Il est composé de quatre catégories d'hôpitaux :

- L'hôpital de zone d'une capacité optimale de 200 à 250 lits. Il dessert une population moyenne de 250 000 habitants (4 à 5 centres de santé). Il est doté d'un ensemble de quatre services de base : médecine, chirurgie, pédiatrie et gynécologie.

- L'hôpital provincial d'une capacité de 400 à 500 lits, est situé au chef-lieu de la province ou de la préfecture. Il dessert la population de toute la province, surtout pour les services de spécialité faisant défaut dans les hôpitaux de zone.

- Disposant de 8 spécialités en plus de celles de l'hôpital provincial, et d'une capacité de 800 à 1 000 lits, l'hôpital régional dessert la population de toute la zone (en général 4 à 6 provinces).

- L'hôpital national (ou universitaire) dispose de 1 600 à 2 000 lits, et dessert toute la population. Toutes les spécialités y sont disponibles.

Par ailleurs, il y a lieu de noter l'existence du réseau de laboratoires et de centres spécialités (centres de référence pour la planification familiale, centres de lutte contre la tuberculose et centres de diagnostic).

1.4 POLITIQUE DE POPULATION ET PLANIFICATION FAMILIALE

Depuis 1966, année où a été institué le Programme National de Planification Familiale, la population est considérée comme une variable à intégrer dans le processus de développement économique et social.

Les rapports de mission des différents organismes internationaux (Banque Mondiale, FAO, etc.), ont mis en évidence l'influence de la croissance démographique sur le développement économique du pays. En conséquence, la politique de population au Maroc, a pris position en faveur de la planification familiale.

Parmi les discours de Sa Majesté le Roi Hassan II, on note dans le Mémorandum Royal du 20 avril 1965 soumis aux partis politiques et aux organisations nationales, un Programme d'Action Générale, qui met l'accent sur le contrôle des naissances.

D'autre part, Sa Majesté le Roi Hassan II, a été parmi les premiers signataires de la Déclaration sur la Population de l'Organisation des Nations Unies du 11 décembre 1967.

Dans ce cadre, le gouvernement, par le biais du Ministère de la Santé Publique, a passé des contrats avec différents organismes non gouvernementaux (Fondation Ford, Population Council et IPPF) en vue de mettre en pratique cette politique.

La création en 1966 de la Commission Supérieure de la Population et des Commissions Locales de la Population, ainsi que le décret royal du 1er juillet 1967 qui abroge la loi interdisant la propagande anticonceptionnelle et qui libéralise l'avortement thérapeutique, ne sont que deux aspects parmi d'autres qui ont eu un impact assez net sur la croissance démographique au Maroc.

La création en 1976, au sein du Ministère de la Santé Publique, d'une Division de population et d'un Service Central de la Planification Familiale, ont permis de mettre en œuvre la politique de population. C'est ainsi que les activités de planification familiale ont connu un développement très rapide grâce à la stratégie adoptée de « Visite à Domicile de Motivation Systématique en Santé » (VDMS) et aux structures déjà existantes au Ministère de la Santé Publique.

1.5 OBJECTIFS ET CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ENQUÊTE

1.5.1 Objectifs

L'Enquête Nationale sur Population et la Santé Familiale (EPSF) au Maroc de 2003-2004 a pour principaux objectifs de :

- recueillir des données qui permettent de calculer des taux démographiques, et particulièrement les taux de fécondité et de mortalité infanto juvénile par milieu de résidence urbain/rural et par région ;

- recueillir des données sur la couverture vaccinale chez les enfants et sur la couverture des accouchements surveillés par milieu de résidence urbain/rural et par région ;

- mesurer les taux de pratique contraceptive par méthode, par milieu de résidence urbain/rural et par région ;

- recueillir des données sur les préférences en matière de fécondité, y compris les besoins non satisfaits relatifs à la contraception ;

- recueillir des données sur les maladies chroniques des femmes, la santé familiale et la santé reproductive ;

- recueillir des données sur la prévalence et le traitement de la diarrhée et d’autres maladies chez les enfants de moins de cinq ans ;

- mesurer l'état nutritionnel des femmes et des enfants de moins de 5 ans par la prise de mesures anthropométriques (poids et taille) ;

- recueillir des données sur la connaissance, les attitudes et le comportement des femmes au sujet des IST et du sida.

1.5.2 Cadre institutionnel et financement de l'enquête

Pour la réalisation de l'EPSF, deux conventions ont été signées. L'une entre le Ministère de la Santé et l'USAID, l'USAID étant représentée par ORC Macro, et l'autre entre le Ministère de la Santé et PAPFAM. Ainsi, le financement de cette enquête a été pris en charge par plusieurs organismes : l'USAID, le UNFPA, et l'UNICEF.

Cette enquête a été entreprise par le Service des Etudes et de l'Information Sanitaire (SEIS) de la Direction de la Planification et des Ressources Financières (Ministère de la Santé).

Le Comité Technique était composé de l'Inspecteur général et des directeurs centraux présidés par M. le Secrétaire Général.

Monsieur Mustapha Azelmat, a été chargé de la direction technique de l'enquête. Il a été aidé dans sa tâche par des cadres du Ministère de la Santé :

1.6 QUESTIONNAIRES

Dans le cadre de l'EPSF, deux questionnaires différents ont été utilisés :

- Le questionnaire ménage ;

- Le questionnaire individuel femme.

Les questionnaires Ménage et Individuel sont adaptés à partir des questionnaires modèles de DHS (ORC Macro) et du projet PAPFAM.

1.6.1 Questionnaire ménage

Le questionnaire ménage permet d'enregistrer tous les membres du ménage avec certaines de leurs caractéristiques : nom, lien de parenté avec le chef de ménage, sexe, âge situation de résidence, niveau d'instruction. Il contient également des informations sur les caractéristiques du logement et sur les caractéristiques relatives aux conditions de vie du ménage. En dehors de ces caractéristiques, ce questionnaire comporte une page de couverture pour l'identification du ménage, et le résultat de l'interview. Le but premier du questionnaire ménage est de fournir les informations permettant d'établir les dénominateurs pour le calcul des taux démographiques (mortalité, natalité, fécondité), et d'identifier les femmes et les hommes éligibles pour être interviewés individuellement.

1.6.2 Questionnaire individuel

Le questionnaire individuel femme est utilisé pour enregistrer les informations concernant les femmes éligibles, c'est-à-dire les femmes âgées de 15-49 ans, ayant passé la nuit précédant l'interview dans le ménage sélectionné, quel que soit leur statut de résidence. En dehors de la page de couverture similaire à celle du questionnaire ménage, il comprend neuf sections qui traitent des sujets suivants :

Caractéristiques socio-démographiques de l'enquêtée : Cette section comprend des questions qui portent sur le lieu de résidence, l'âge, la scolarisation et l'alphabétisation, l'accès aux média et les conditions d'habitat (limités aux femmes visiteuses).

Nuptialité : La deuxième section comporte 12 questions portant sur l'état matrimonial de la femme, l'âge au mariage, le régime de mariage (monogamie ou polygamie) et le lien de parenté avec le mari.

Reproduction : Elle comprend des informations portant sur l'historique des naissances (enfants vivants, mort-nés, fausse couches, décédés), l'état de grossesse au moment de l'enquête et le statut de cette grossesse (était-elle désirée ou pas?). Une question relative aux date et durée des menstruations et des questions se rapportant à la connaissance et à l'aptitude de la femme à déterminer sa période féconde ont également été posées.

Contraception : Cette section comprend des questions concernant la connaissance des méthodes contraceptives, spontanée ou non, leur utilisation et leurs sources d'approvisionnement. La section comporte également des questions sur la non utilisation et la discontinuation des méthodes contraceptives et sur l'utilisation future de la contraception.

Santé et Allaitement : Cette section permet d'obtenir des renseignements sur les visites et l'immunisation prénatales, sur le lieu d'accouchement et la qualification de la personne ayant assisté à l'accouchement, sur les conditions cliniques d'accouchement et les caractéristiques physiques des nouveau-nés. Des questions portant sur le retour des couches et la reprise des relations sexuelles après la naissance du nouveau-né ont également été posées. La section comporte également des questions sur l'allaitement (fréquence et durée, type d'allaitement et utilisation des différents compléments nutritionnels).

Vaccination et santé : Cette section traite de la vaccination et de la santé des enfants de moins de 5 ans (fréquence et traitement de la fièvre, de la toux et de la diarrhée).

Préférences en matière de fécondité : Dans cette section, des questions ont été posées pour saisir les intentions des femmes enquêtées en matière de fécondité, comme le désir d'avoir des enfants, le nombre d'enfants supplémentaires désirés et la taille idéale de la famille.

Caractéristiques du conjoint, résidence et activité professionnelle de la femme : Cette section comporte 26 questions consacrées aux caractéristiques socioprofessionnelles du conjoint des femmes mariées, à l'activité professionnelle de la femme, aux changements de résidence de l'enquêtée et à la garde des enfants.

Taille et poids : Cette section est consacrée aux mesures anthropométriques des enfants de 0-4 ans des femmes interviewées et aux mesures anthropométriques des mères enquêtées ayant des enfants de moins de cinq ans.

1.7 ÉCHANTILLONNAGE

Afin d'atteindre les objectifs que nous venons de mentionner, un échantillon national stratifié à deux degrés, de taille égale à 12000 ménages a été retenu pour effectuer l’enquête sur la Population et la Santé Familiale 2003-04, soit un taux de sondage égal à 0,2 % (tableau 1.3) Celle-ci permettra de disposer d’indicateurs sur la santé reproductive (préférences en matière de fécondité, nutrition, soins postnatals, IST et VIH/sida) concernant les femmes âgées de 15-49 ans et des enfants âgés de moins de 5 ans.

Tableau 1.3 Résultats de l'enquête ménage et de l'enquête individuelle

Nombre de ménages, nombre d'interviews et taux de réponse, selon le milieu de résidence, EPSF Maroc 2003-04

Résultat	Milieu de résidence Urbain	Rural	Ensemble
Enquête ménages			
Ménages sélectionnés	6 775	5 225	12 000
Ménages identifiés	6 531	5 119	11 650
Ménages enquêtés	6 416	5 097	11 513
Taux de réponse des ménages	98,2	99,6	98,8
Enquête individuelle femme			
Effectif de femmes éligibles	9 398	8 045	17 443
Effectif de femmes éligibles enquêtées	8 997	7 801	16 798
Taux de réponse des femmes éligibles	95,7	97,0	96,3

Cet échantillon est conforme aux recommandations du programme DHS ; il est auto-pondéré et représentatif à l'échelle nationale, par milieu de résidence et pour quelques régions.

Étant donné que les opérations de cartographie pour la réalisation du Recensement Général de la Population et de l'Habitat ont été effectuées au cours de l'année 2002, il a été décidé d'utiliser cette cartographie comme **base de sondage** de l'enquête EPSF 2003-04. Ceci répond à un double objectif : a) avoir une base de sondage récente, exhaustive et utilisant les nouvelles technologies de la cartographie, à savoir le système d'information géographique, et b) avoir la possibilité de comparaison sans biais, avec les résultats du RGPH-2004. Ceci permettra de confirmer les résultats issus de l'EPSF 2003-04.

Une description plus détaillée de l'échantillon et des taux de réponse est présentée en annexe A. Les erreurs de sondage sont présentées en Annexe B.

1.8 FORMATION ET COLLECTE DES DONNÉES

1.8.1 Pré enquête

Une formation de deux semaines environ (20 janvier au 5 février 2003) pour la pré enquête a été nécessaire au cours de laquelle 12 agents de santé diplômés d'état du Ministère de la Santé ont participé. La pré enquête s'est déroulée dans la Wilaya de Rabat-Salé-Skhirat Témara dans six grappes. Aucune de ces grappes ne faisait partie de l'échantillon principal.

Environ 150 ménages ont été interviewés par trois équipes de trois enquêtrices chacune pendant cinq jours. L'objectif de cet exercice était de tester l'acceptabilité des questionnaires ménage et femme, la traduction des questions spécifiques au Maroc ainsi que l'estimation de la durée moyenne de l'interview.

1.8.2 Recrutement et formation du personnel de terrain

Pour effectuer l'enquête sur le terrain, environ 70 agents ont été recrutés parmi le personnel régional du Ministère de la Santé ayant au moins trois années d'expérience. La formation a eu lieu du 8 septembre au 10 octobre 2003.

Tous les candidats aux différents postes ont participé à un programme de formation consacré aux différents aspects de l'enquête : description détaillée des méthodes contraceptives, étude des sujets liés à la démographie, à la santé familiale et à la nutrition et techniques d'interview. Des spécialistes ont amélioré la compréhension des candidats par le biais d'exposés portant sur tous les aspects que recouvre le questionnaire. Par ailleurs, des interviews simulées et réelles sur le terrain ont été conduites durant le stage de formation.

La formation sur les mesures anthropométriques (poids et taille) a duré quatre jours et a été centrée sur les séances pratiques. Les enquêtrices ont été formées pour pouvoir assurer le travail de mesureurs et les contrôleuses ont été formées pour être assistantes ou mesureurs de réserve.

1.8.3 Collecte des données

À la fin de la formation, 14 équipes ont été sélectionnées pour participer à la phase de terrain. Chacune des équipes comprenait un chef d'équipe, une contrôleuse (responsable du contrôle du travail des enquêtrices), quatre enquêtrices et un chauffeur. La collecte des données a commencé le 15 octobre 2003 et s’est achevée le 29 février 2004.

La supervision était assurée, en plus du directeur technique, par trois cadres qui ont été désignés comme coordonnateurs sur le terrain.

1.9 TRAITEMENT INFORMATIQUE

Cette phase de l'enquête qui a duré trois mois (novembre 2003 – mars 2004) a comporté les trois étapes suivantes :

1) **Réception et classement des données :** Les questionnaires remplis et contrôlés étaient envoyés au Bureau Central (SEIS) de Rabat où, après contrôle d'exhaustivité, ils étaient classés dans l'ordre des ménages par grappe et province.

2) **Saisie des données :** Elle a été effectuée par une équipe de 5 agents sur un micro-ordinateur multiposte fourni à l'enquête par le programme DHS. Le logiciel CSPro (Census and Survey Processing), développé par le Bureau of Census des Etats Unis, le programme DHS de ORC Macro et SERPRO de Chili, pour les besoins des recensements et des enquêtes, a été utilisé pour cette tâche.

3) **Apurement des données :** Cette opération, utilisant toujours le même logiciel a lieu en même temps que la saisie. Les questionnaires de chaque grappe étaient soumis à un programme de vérification batch (ensemble de grappes) plus exhaustif. Déjà, pendant la saisie, les vérifications des champs de validité des codes et des cohérences des filtres avaient été effectuées.

Après l'apurement des données, les dates des événements ont été imputées, dans les cas où ces informations n'avaient pas été enregistrées dans le questionnaire (date de naissance de la femme, date du premier mariage de la femme, date de naissance des enfants et âge au décès des enfants décédés).

Après cette version du fichier, des recodifications (autres réponses) et une série de vérifications supplémentaires ont été appliquées pour permettre d’obtenir en avril 2004 un fichier de données devant servir à l'obtention des résultats préliminaires. Les tableaux définitifs ont été finalisés en juin 2004.

CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES 2

Abdeljabbar El Gandassi

Le questionnaire ménage de l'EPSF a permis, d'une part de fournir des informations sur les caractéristiques générales de la population et des ménages telles que le lien de parenté avec le chef de ménage, l'âge, le sexe, le milieu de résidence ou le niveau d'instruction et, d'autre part d'identifier les femmes éligibles pour l'enquête individuelle. Des informations portant sur les caractéristiques des logements occupés par les ménages ont également été recueillies au cours de cette enquête ; il s'agit entre autres de la source d'eau potable, de la disponibilité d'électricité, du type de revêtement du sol, de la présence de toilettes ; des questions concernant la possession de certains biens durables (radio, téléviseur, réfrigérateur, voiture etc.) ont également été posées afin d'évaluer le niveau socio-économique des ménages.

2.1 ENQUÊTE MÉNAGE

2.1.1 Répartition par âge, sexe et milieu de résidence de la population

Répartition par milieu de résidence

Le tableau 2.1 présente la répartition en pourcentage de la population des ménages par sexe, groupe d'âges et milieu de résidence. Au total, 60 795 personnes ont été dénombrées dont 34 761 (soit 57 %) résident en milieu urbain et 26 034 (soit 43 %) en milieu rural. Selon les résultats de l'Enquête Nationale sur la Fécondité et la Planification Familiale de 1979-80, ces proportions étaient de 40 % pour le milieu urbain et de 60 % pour le milieu rural. Cette modification de la répartition de la population selon le milieu de résidence s'explique essentiellement par un phénomène d'urbanisation de la population marocaine, conséquence de l'exode rural.

Structure par sexe et âge

Le tableau 2.1 présente également la répartition de la population des ménages par sexe et âge. L'analyse de la structure par sexe indique que la population des femmes est légèrement plus nombreuse que celle des hommes. En effet, les femmes représentent 52 % de l'ensemble et les hommes 48 % ; le rapport de masculinité qui rend compte de ce déséquilibre numérique entre les deux sexes, s'établit à 93 hommes pour 100 femmes. En outre, cette prédominance des femmes se retrouve quelque soit le milieu de résidence ; le déséquilibre au profit des femmes est cependant plus prononcé en milieu urbain, où le rapport de masculinité s'établit à 91 hommes pour 100 femmes, qu'en rural où il est de 95 hommes pour 100 femmes.

D'après les résultats de l'Enquête Nationale sur la Fécondité et la Planification Familiale de 1979-80, le rapport de masculinité s'établissait pour l'ensemble du pays à 99 hommes pour 100 femmes ; il était de 98 en milieu urbain et de 100 en milieu rural. Cette diminution du rapport de masculinité au cours de ces vingt dernières années, au niveau national (environ 6 points de pourcentage) s'explique essentiellement par l'émigration, à majorité masculine.

Tableau 2.1 Population des ménages par âge, sexe et résidence

Répartition (en %) de la population (de fait) des ménages par groupe d'âges quinquennal, selon le milieu de résidence et le sexe, EPSF Maroc 2003-04

Groupe d'âges	Urbain			Rural			Ensemble		
	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble
<5	9,0	8,6	8,8	11,7	10,7	11,2	10,2	9,5	9,8
5-9	9,6	9,2	9,4	13,1	11,6	12,3	11,1	10,2	10,7
10-14	11,2	10,4	10,8	12,9	12,2	12,5	11,9	11,2	11,5
15-19	10,8	11,0	10,9	10,8	10,9	10,8	10,8	10,9	10,9
20-24	9,7	9,9	9,8	8,6	9,9	9,3	9,2	9,9	9,6
25-29	7,9	8,4	8,2	7,5	8,6	8,1	7,7	8,5	8,1
30-34	7,6	8,1	7,8	6,2	6,4	6,3	7,0	7,4	7,2
35-39	6,7	7,6	7,2	4,9	5,4	5,2	5,9	6,7	6,3
40-44	6,6	7,1	6,9	4,7	5,2	5,0	5,8	6,3	6,1
45-49	5,8	5,4	5,6	4,2	4,5	4,4	5,1	5,0	5,1
50-54	4,8	4,1	4,4	3,7	3,8	3,7	4,3	4,0	4,1
55-59	2,7	2,6	2,6	2,6	2,8	2,7	2,6	2,7	2,7
60-64	2,4	2,6	2,5	2,5	2,8	2,6	2,4	2,7	2,6
65-69	1,8	1,8	1,8	2,0	1,8	1,9	1,9	1,8	1,8
70-74	1,6	1,5	1,6	2,2	1,7	1,9	1,9	1,6	1,7
75-79	0,8	0,7	0,8	1,1	0,6	0,8	0,9	0,7	0,8
80 +	0,8	1,1	1,0	1,4	1,1	1,3	1,1	1,1	1,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	16 587	18 174	34 761	12 676	13 358	26 034	29 263	31 532	60 795

Structure par âge

La pyramide des âges (graphique 2.1) qui décrit la répartition par âge de la population présente, dans l'ensemble, une allure régulière avec une large base qui décroît au fur et à mesure que l'âge augmente et une répartition par sexe presque équilibrée.

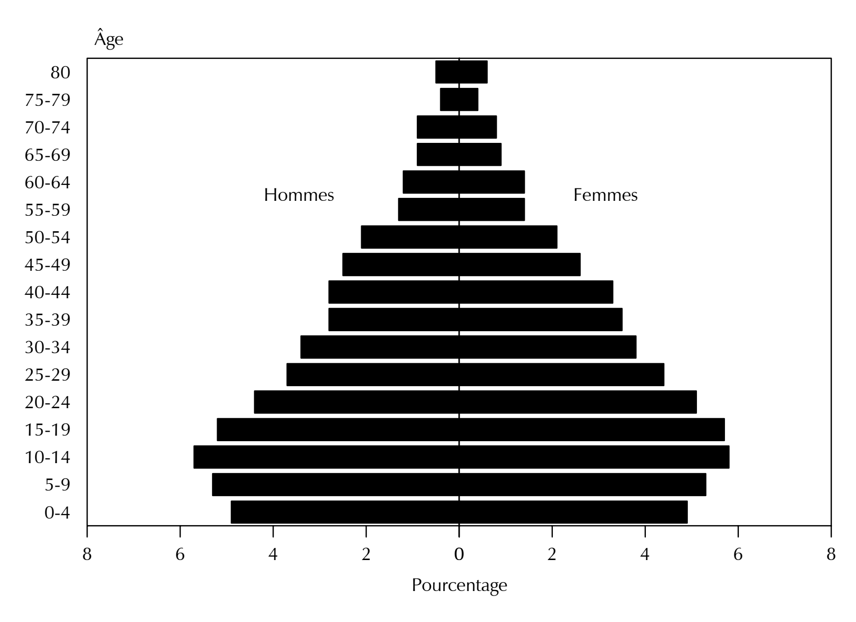
Elle présente les caractéristiques suivantes :

- La forme observée reflète les caractéristiques d'une population jeune : 32 % sont âgés de moins de 15 ans ; cette proportion des moins de 15 ans est plus élevée en milieu rural qu'en urbain (36 % contre 29 %).

- Le rétrécissement observé au niveau du groupe d'âges 0-4 ans par rapport au groupe d'âges 5-9 ans s'explique essentiellement par la baisse de la fécondité (voir Chapitre 4 sur la fécondité).

- Les groupes d'âges d'éligibilité 15-19 ans et 45-49 ans pour l'enquête individuelle sont très légèrement sous-représentés au détriment des groupes d'âges adjacents 10-14 ans et 50-54 ans. En effet, au niveau national, le rapport de masculinité calculé pour ces groupes se situe à 98,6 pour 10-14 ans contre 92,0 pour 15-19 ans et 94,7 pour 45-49 ans contre 99,8 pour 50-54 ans. Cette légère distorsion résulte probablement de la collecte des données par les enquêtrices qui ont tendance à rajeunir les femmes âgées de 15-19 ans et à vieillir celles âgées de 45-49 ans pour éviter un surplus de travail au niveau de l'enquête individuelle. Ce transfert est plus important en milieu urbain qu'en milieu rural.

Graphique 2.1 Pyramide de la population



EPSF Maroc 2003-04

- Une sous représentation des hommes par rapport aux femmes à partir du groupe d'âges 20-24 ans jusqu'à 40-44 ans, conséquence du phénomène d'émigration.

Par ailleurs, le tableau 2.2 présente la répartition (en pourcentage) de la population par grand groupe d'âges selon la source des données. L'examen de ces résultats met en évidence le phénomène de vieillissement de la population qui s'accentue au fil du temps. Les variations importantes que l'on observe pour la proportion des moins de 15 ans entre 1979-80 et 2003 montrent une tendance à la baisse de 44 % en 1979-80 à 32 % en 2003. Cette constatation peut s'expliquer essentiellement par la baisse de la fécondité observée durant cette période.

Tableau 2.2 Population par grands groupes d'âge selon différentes sources

Répartition (en %) de la population par grands groupes d'âge, ENFPF 1979-80, Rencensement 1982, ENPS-II 1992, EMSME 1997, et EPSF 2003-04

Groupe d'âges	ENFPF 1979-80	RGPH 1982	ENPS-II 1992	EMSME 1997	EPSF 2003
<15 ans	43,6	42,1	39,7	36,3	32,0
15-64	52,7	53,6	55,6	59,3	62,7
65 et plus	3,7	4,3	4,6	4,4	5,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Sources :
ENFPF, ENPS-II, EMSME Ministère de la Santé
RGPH Direction de la Statistique

2.2 TAILLE ET COMPOSITION DES MÉNAGES

Le tableau 2.3 présente la répartition en pourcentage des ménages par sexe du chef de ménage et taille du ménage selon le milieu de résidence. Les données de ce tableau sont basées sur la population de droit, composée des résidents habituels, à l'exclusion des visiteurs.

Tableau 2.3 Composition des ménages

Répartition (en %) des ménages par sexe du chef du ménage et taille du ménage, selon le milieu de résidence, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	Milieu de résidence		
	Urbain	Rural	Ensemble
Sexe du chef de ménage			
Masculin	79,8	88,0	82,9
Féminin	20,2	12,0	17,1
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif des résidents habituels			
0	0,1	0,1	0,1
1	5,2	3,5	4,5
2	8,0	6,0	7,3
3	13,6	9,7	12,1
4	19,2	13,1	16,9
5	18,2	14,6	16,8
6	14,1	15,1	14,5
7	9,3	11,9	10,3
8	5,6	9,0	6,9
9+	6,7	17,0	10,7
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif de ménages	7 145	4 368	11 513
Taille moyenne	4,9	6,0	5,4

Note : Tableau basé sur la population de droit, c'est-à-dire les résidents habituels.

Sexe du chef de ménage

Au Maroc, dans la grande majorité des ménages, les chefs de ménage sont des hommes (83 %). Cette proportion est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (88 % contre 80 %). Cependant, il faut souligner que dans 17 % des cas, les ménages sont dirigés par une femme ; et c'est en milieu urbain que cette proportion est la plus élevée avec plus d'un ménage sur cinq (20 % contre 12 % en rural) ayant, à sa tête, une femme.

Taille et composition des ménages

Au niveau national, la taille moyenne du ménage est de 5.4 personnes. Les résultats font apparaître des écarts importants entre le milieu urbain et le milieu rural : en effet, la taille moyenne des ménages du milieu rural est sensiblement plus grande que celle du milieu urbain (6,0 personnes contre

4,9). Dans l'ensemble, on constate que 71 % des ménages comptent entre 3 et 7 personnes. Ces ménages sont plus fréquents en milieu urbain (74 %) qu'en milieu rural (64 %). Par ailleurs, environ un ménage sur dix comprend au moins 9 personnes ; ces ménages de grande taille sont proportionnellement plus nombreux dans en milieu rural (17 %) qu'en milieu urbain (7 %). Les ménages de petite taille (composés de 1 à 2 personnes) représentent seulement 12 % avec des variations selon le milieu de résidence (13 % en urbain contre 10 % en rural).

La comparaison de ces résultats avec ceux de l'Enquête Panel de 1995 met en évidence, quelque soit le milieu de résidence, une diminution de la taille moyenne du ménage au cours des sept dernières années (5,9 contre 5,4). La proportion des ménages de grande taille (au moins 9 personnes) a diminué de moitié : passant de 22 % à 11 % en 2003. En rural, cette proportion est passée de 30 % en 1995 à 17 % en 2003 et en urbain de 13 % à 7 %.

2.3 NIVEAU D'INSTRUCTION

Pour toute personne inscrite dans le tableau ménage et âgées de 6 ans ou plus, deux questions étaient posées sur le niveau d'instruction atteint et sur la dernière classe achevée avec succès. L'âge de 6 ans a été retenu comme âge d'accès aux écoles primaires du secteur privé. En principe, l'âge légal d'entrée à l'école primaire du secteur public est de 7 ans. Les réponses obtenues à ces deux questions ont été regroupées en trois niveaux d'instruction : le primaire, le secondaire et le supérieur. Les tableaux 2.4.1 et 2.4.2 présentent pour chaque sexe la répartition du niveau d'instruction selon le groupe d'âges, le milieu et la région de résidence.

En dépit des efforts déployés dans le domaine de l'enseignement, le niveau d'instruction reste relativement faible et les écarts entre les sexes, les milieux de résidence et les régions demeurent considérables. Dans l'ensemble, près de la moitié des femmes (48 %) et plus d'un quart des hommes (29 %) n'ont aucune instruction. Seulement 30 % des femmes et 40 % des hommes ont atteint le niveau primaire. En outre, 31 % des hommes ont bénéficié d'un enseignement secondaire ou plus contre 22 % des femmes. Cependant seulement 3 % des hommes ont achevé le niveau secondaire contre seulement 1 % des femmes.

Les résultats selon l'âge montrent clairement une amélioration du niveau d'instruction entre les générations. Chez les hommes, la proportion de ceux sans instruction est passée de 90 % chez ceux de 65 ans ou plus, à 26 % chez ceux âgés de 30-34 ans et à un minimum de 6 % chez ceux âgés de 10-14 ans. Parallèlement, la proportion d'hommes ayant poursuivi des études secondaires a connu une forte augmentation, passant de 3 % chez les plus âgés de 65 ans et plus à un maximum de 57 % chez ceux de 15-19 ans.

En tant qu'indicateur de qualité du système d'enseignement, le nombre d'années médian observé par groupe d'âges ne fait que confirmer la tendance de l'amélioration du niveau d'instruction entre les différentes générations. Sa valeur qui était inférieure à 1 dans les générations d'hommes âgées de 55 ans ou plus a augmenté pour atteindre un seuil maximum de 6,3 ans chez celles âgées de 15-19 ans à l'enquête.

Tableau 2.4.1 Niveau d'instruction de la population des femmes

Répartition (en %) de la population (de fait) féminine des ménages, âgés de six ans et plus par niveau d'instruction atteint, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	Aucune instruction	Primaire incomplet	Primaire complet	Secondaire incomplet	Secondaire complet	Supérieur	NSP/ND	Total	Nombre	Nombre d'années médian
Âge										
6-9	11,3	88,5	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	100,0	2 626	0,5
10-14	10,8	64,3	4,2	20,6	0,0	0,0	0,0	100,0	3 522	3,7
15-19	27,8	22,1	4,1	43,4	0,8	1,8	0,0	100,0	3 448	5,0
20-24	42,6	18,5	3,0	25,9	2,9	7,1	0,0	100,0	3 116	2,2
25-29	46,5	21,6	1,0	21,1	2,8	7,0	0,0	100,0	2 671	1,0
30-34	52,1	19,8	0,3	18,6	1,6	7,7	0,0	100,0	2 322	a
35-39	63,9	12,3	0,1	15,5	2,3	6,0	0,0	100,0	2 100	a
40-44	67,4	15,0	0,1	10,7	1,6	5,2	0,0	100,0	1 987	a
45-49	73,3	14,9	0,0	7,9	1,1	2,8	0,0	100,0	1 592	a
50-54	78,2	12,3	0,1	7,0	1,3	1,3	0,0	100,0	1 251	a
55-59	88,7	7,4	0,0	2,8	0,8	0,4	0,0	100,0	847	a
60-64	94,5	4,1	0,0	1,1	0,3	0,0	0,0	100,0	852	a
65+	97,5	1,9	0,0	0,2	0,2	0,1	0,1	100,0	1 613	a
NSP/ND	*	*	*	*	*	*	*	100,0	6	*
Milieu de résidence										
Urbain	35,6	29,3	1,2	26,3	2,0	5,6	0,0	100,0	16 300	2,8
Rural	65,0	28,0	1,9	4,6	0,2	0,3	0,0	100,0	11 654	a
Région										
Laayoune-Boujdou-sakia Al Hamra	30,5	29,6	1,4	31,6	4,6	2,3	0,0	100,0	57	3,6
Guelmim-Es-smara	43,4	33,2	2,2	18,5	1,7	1,0	0,0	100,0	373	0,5
Souss-Massa-Draâ	53,2	30,9	1,3	12,4	0,6	1,6	0,0	100,0	3 018	a
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	54,8	27,0	1,1	12,9	0,9	3,3	0,0	100,0	1 582	a
Chaouia-Ouardigha	46,7	28,9	1,6	19,1	1,4	2,2	0,0	100,0	1 738	a
Marrakech-Tensift-Al Haouz	58,5	25,7	1,3	11,1	0,7	2,5	0,1	100,0	2 734	a
Oriental	48,9	30,1	2,0	14,9	1,2	3,0	0,0	100,0	1 947	a
Grand-Casablanca	30,7	30,0	0,8	29,1	2,5	6,9	0,0	100,0	3 377	3,6
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	33,3	27,9	1,6	27,2	2,8	7,3	0,0	100,0	2 175	3,0
Doukkala-Abda	57,6	26,2	1,0	12,1	0,9	2,2	0,0	100,0	1 807	a
Tadla-Azilal	54,6	29,7	1,7	11,7	0,9	1,4	0,0	100,0	1 285	a
Meknès-Tafilalet	47,3	29,3	2,8	17,1	0,8	2,6	0,0	100,0	2 129	a
Fès-Boulmane	44,4	28,4	0,6	21,2	1,5	4,0	0,0	100,0	1 489	0,9
Taza-Al Hoceima-Taounate	58,3	26,9	2,2	10,2	1,1	1,2	0,0	100,0	1 976	a
Tanger-Tétouan	45,8	30,5	1,5	17,7	0,5	4,0	0,0	100,0	2 268	0,1
Quintile de bien-être										
Le plus pauvre	72,2	24,6	1,2	1,8	0,0	0,1	0,0	100,0	5 388	a
Second	61,4	29,6	1,9	6,7	0,1	0,2	0,0	100,0	5 402	a
Moyen	47,2	33,4	1,9	15,5	0,6	1,5	0,0	100,0	5 477	0,0
Quatrième	36,1	29,9	1,5	27,1	1,3	4,1	0,0	100,0	5 798	2,9
Le plus riche	25,3	26,3	1,0	32,9	4,1	10,4	0,0	100,0	5 890	4,7
Ensemble	47,9	28,8	1,5	17,2	1,3	3,4	0,0	100,0	27 954	0,0

a = Non calculés parce que 50 % des enquêtées ou plus sont sans instruction
* Calculé sur trop peu de cas (inférieur à 25 cas)

Tableau 2.4.2 Niveau d'instruction de la population des hommes

Répartition (en %) de la population (de fait) masculine des ménages, âgés de six ans et plus par niveau d'instruction atteint, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	Aucune instruction	Primaire incomplet	Primaire complet	Secondaire incomplet	Secondaire complet	Supérieur	NSP/ND	Total	Effectif	Nombre d'années médian
Âge										
6-9	8,3	91,3	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	100,0	2 649	0,5
10-14	5,9	69,9	3,7	20,4	0,0	0,0	0,1	100,0	3 494	3,7
15-19	12,4	25,9	4,6	54,7	0,7	1,7	0,0	100,0	3 156	6,3
20-24	18,6	27,2	3,2	37,1	4,3	9,6	0,0	100,0	2 703	5,8
25-29	19,9	33,3	1,7	32,7	3,5	8,9	0,1	100,0	2 266	4,7
30-34	25,8	32,2	0,3	25,7	4,4	11,4	0,2	100,0	2 043	4,3
35-39	37,9	25,3	0,3	19,5	4,4	12,3	0,2	100,0	1 730	3,6
40-44	43,1	24,8	0,1	14,9	6,1	10,7	0,4	100,0	1 696	2,7
45-49	44,2	29,6	0,1	12,7	5,4	7,7	0,3	100,0	1 488	2,0
50-54	47,8	25,0	0,1	16,2	4,2	6,3	0,5	100,0	1 262	0,9
55-59	64,0	17,4	0,0	12,3	2,7	3,5	0,1	100,0	767	a
60-64	71,2	13,9	0,0	7,5	3,7	2,5	1,2	100,0	713	a
65+	90,3	6,3	0,1	1,9	0,5	0,5	0,4	100,0	1 694	a
NSP/ND	*	*	*	*	*	*	*	*	11	*
Milieu de résidence										
Urbain	19,5	36,3	1,2	30,1	4,1	8,6	0,2	100,0	14 807	4,4
Rural	42,4	40,5	2,2	13,0	0,7	1,1	0,2	100,0	10 866	0,5
Région										
Laayoune-Boujdou-sakia Al Hamra	19,6	32,5	0,0	33,2	6,0	8,7	0,0	100,0	77	4,8
Guelmim-Es-smara	24,5	39,0	0,0	29,1	3,6	3,8	0,0	100,0	311	3,7
Souss-Massa-Draâ	29,2	42,2	1,2	21,0	2,3	4,0	0,1	100,0	2 604	2,5
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	32,0	40,2	1,5	19,9	1,6	4,7	0,1	100,0	1 634	2,2
Chaouia-Ouardigha	28,3	38,5	1,2	24,4	2,5	5,1	0,0	100,0	1 625	3,1
Marrakech-Tensift-Al Haouz	42,1	36,7	1,9	13,2	1,3	4,1	0,8	100,0	2 605	0,6
Oriental	28,1	36,6	3,0	22,5	4,0	5,7	0,1	100,0	1 686	3,6
Grand-Casablanca	17,0	35,3	0,5	33,3	4,4	9,0	0,5	100,0	3 098	4,8
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	18,0	34,8	1,2	30,6	4,1	11,2	0,0	100,0	2 028	4,6
Doukkala-Abda	37,1	36,9	2,4	17,4	3,2	2,9	0,0	100,0	1 601	1,8
Tadla-Azilal	33,7	37,3	1,4	21,6	3,2	2,8	0,0	100,0	1 204	2,7
Meknès-Tafilalet	27,6	40,4	2,8	20,9	2,2	6,0	0,2	100,0	1 857	3,2
Fès-Boulmane	25,9	37,8	0,9	27,2	1,9	6,3	0,1	100,0	1 328	3,7
Taza-Al Hoceima-Taounate	33,5	41,2	2,3	19,0	1,6	2,4	0,0	100,0	1 772	2,2
Tanger-Tétouan	33,1	38,1	1,8	21,8	1,3	3,6	0,3	100,0	2 243	2,3
Quintile de bien-être										
Le plus pauvre	49,3	39,5	1,9	8,5	0,2	0,5	0,1	100,0	5 060	0,0
Second	39,3	42,7	2,2	14,3	0,5	0,8	0,2	100,0	5 091	1,0
Moyen	28,2	43,0	1,8	22,8	1,6	2,3	0,3	100,0	5 123	3,0
Quatrième	18,8	38,1	1,4	31,1	3,5	6,9	0,1	100,0	5 183	4,4
Le plus riche	11,0	27,4	0,8	37,1	7,2	16,2	0,2	100,0	5 216	7,8
Ensemble	29,2	38,1	1,6	22,9	2,6	5,4	0,2	100,0	25 673	3,1

a = Non calculés parce que 50 % des enquêtés ou plus sont sans instruction
* Calculé sur trop peu de cas non pondérés

Pour les femmes, la comparaison selon les groupes d'âges met également en évidence une amélioration du niveau d'instruction entre les générations. Toutefois, cette amélioration est moins importante que celle observée chez les hommes. En effet, la proportion des femmes n'ayant jamais fréquenté l'école diminue progressivement : d'un maximum, de 98 % chez celles âgées de 65 ans ou plus, elle passe à 52 % chez celles de 30-34 ans et atteint un minimum de 11 % chez celles de 10-14ans. Pour le niveau secondaire ou plus, les résultats montrent que la poursuite des études secondaire ou au supérieur est un phénomène récent chez les femmes. En effet, la proportion de celles de 65 ans ou plus ayant poursuivi au moins des études secondaires est passée de moins d'un pour cent a 12 % chez celles de 45-49 ans et à un maximum de 46 % chez celles âgées de 15-19 ans. Le nombre d'année médian passé dans le système scolaire témoigne de l'amélioration du niveau d'instruction des femmes : égal à 1 dans les générations âgées de 25-29 ans, elle est passée à 3,7 ans chez les jeunes filles âgées de 10-14 ans.

Selon le milieu de résidence, les résultats mettent en évidence des écarts importants, au détriment du niveau rural, cela aussi bien chez les hommes que chez les femmes. En milieu rural, 42 % des hommes et 65 % des femmes n'ont aucune instruction contre respectivement, 20 % et 36 % en urbain. De plus, seulement 15 % des hommes et 5 % des femmes du milieu rural ont atteint le niveau secondaire ou plus contre, respectivement 43 % et 34 % en milieu urbain.

On observe également des disparités selon les régions. Les résultats montrent que six régions enregistrent des proportions d'hommes sans instruction supérieures à la moyenne nationale il s'agit par ordre d'importance des régions Marrakech-Tensift-Al Haouz (42 %), Doukkala-Abda (37 %), Tadla-Azilal (34 %), Taza-Al Hoceima-Taounate (34 %), Tanger-Tétouan (33 %) et Gharb-Chrarda-Bni Hssen (32 %). Pour les femmes, sept régions ont enregistré des proportions supérieures à la moyenne nationale de 48 %. Il s'agit de : Marrakech-Tensift Al Haouz (59 %), Taza-Al Hoceima-Taounate (58 %), Doukkala-Abda (58 %), Gharb-Chrarda-Bni Hssen (55 %), Tadla-Azilal (55 %), Souss-Massa-Draâ (53 %) et la région Oriental (49 %).

La comparaison de ces résultats avec ceux de l'Enquête Nationale sur la population et de la Santé de 1992 fait ressortir que l'amélioration du niveau d'instruction, constatée auparavant, s'est davantage manifestée chez les femmes, cela en touchant tous les niveaux d'enseignement. L'augmentation relative par rapport à 1992 de la proportion des femmes ayant atteint au moins le niveau primaire est de 44 % (de 36 % en 1992 à 52 % en 2003) contre 22 % pour les hommes (de 58 % en 1992 à 71 % en 2003). De plus, la proportion des femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus est passée de 13 % en 1992 à 22 % en 2003 ; chez les hommes, ces proportions sont passées de 23 % à 31 %.

2.4 CARACTÉRISTIQUES DES LOGEMENTS ET BIENS POSSÉDÉS PAR LES MÉNAGES

2.4.1 Caractéristiques du logement

L'enquête auprès des ménages a permis de recueillir certaines informations sur les caractéristiques des logements occupés par les ménages, notamment la disponibilité d'une source d'approvisionnement en eau potable, l'existence de l'électricité dans le logement, le type de toilettes, Le type de revêtement du sol, etc. Ces informations sont essentielles car le type de logement occupé par le ménage a une corrélation étroite avec l'état de santé des membres du ménage et en particulier avec la santé des enfants. Les résultats sont présentés au tableau 2.5.

Tableau 2.5 Caractéristiques des logements

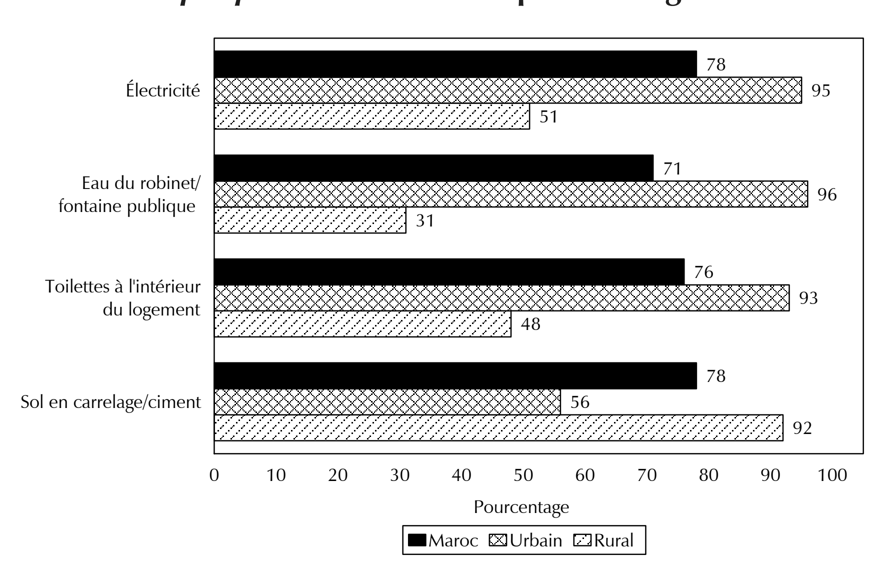
Répartition (en %) des ménages par caractéristiques des logements, selon le milieu de résidence, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique	Milieu de résidence		
	Urbain	Rural	Ensemble
Électricité			
Oui	94,6	51,3	78,2
Non	5,3	48,6	21,8
ND	0,1	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0
Source d'eau pour boire			
Eau du robinet dans le logement	82,6	18,1	58,2
Eau du robinet dans la cour	2,6	1,7	2,2
Fontaine publique	10,8	11,0	10,9
Puits ouvert dans le logement	0,1	2,0	0,8
Puits ouvert dans la cour	0,3	6,9	2,8
Puits public ouvert	0,6	17,7	7,1
Puits protégé dans le logement	0,2	1,6	0,7
Puits protégé dans la cour	0,3	4,1	1,7
Puits public protégé	0,3	7,8	3,2
Source	0,9	17,2	7,1
Rivière, fleuve, ruisseau	0,0	5,4	2,0
barrage	0,0	0,3	0,1
Eau de pluie	0,0	4,0	1,5
Camion citerne	0,6	1,5	0,9
Eau en bouteille	0,6	0,3	0,5
Autre	0,1	0,4	0,2
Total	100,0	100,0	100,0
Type de toilettes			
Toilettes à l'intérieur	92,8	47,9	75,8
Toilettes à l'extérieur	5,0	8,4	6,3
Fosse	0,1	0,9	0,4
Latrines	0,5	2,7	1,3
Plein air	1,4	39,6	15,9
Seau	0,2	0,2	0,2
Autre	0,1	0,2	0,1
Total	100,0	100,0	100,0
Type de sol			
Terre, sable	1,7	39,6	16,0
Fumier	0,1	0,9	0,4
Carrelage, ciment	92,1	55,6	78,3
Pierre, brique	0,1	1,3	0,6
Autres/ND	6,0	2,6	4,7
Total	100,0	100,0	100,0
Quintile de bien-être			
Le plus pauvre	0,9	46,2	18,1
Second	7,7	35,6	18,3
Moyen	24,7	15,4	21,2
Quatrième	32,4	2,3	21,0
Le plus riche	34,3	0,5	21,5
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif de ménages	7 145	4 368	11 513

Électricité

L'analyse des résultats du tableau 2.4, illustrés par le graphique 2.2 montre que, dans l'ensemble, 78 % des ménages disposent de l'électricité. Des écarts importants sont enregistrés entre les deux milieux de résidence. La quasi-totalité des ménages urbains habitent dans des logements (95 %), pourvus en électricité contre seulement un peu plus de la moitié (51 %) en milieu rural. Toutefois, la comparaison de ces résultats avec ceux de l'Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'enfant de 1997 met en évidence les efforts considérables qui ont été déployés pour l'amélioration du réseau électrique en milieu rural, faisant passer la proportion de ménages disposant d'électricité de 14 % en 1997 à 51% en 2003.

Graphique 2.2 Caractéristiques des logements



EPSF Maroc 2003-04

Provenance de l'eau pour boire

En ce qui concerne l'approvisionnement en eau pour boire, on constate, au niveau global, que la majorité des ménages (60 %) utilisent de l'eau provenant d'un robinet situé dans le logement : dans 58 % des cas, le robinet est à l'intérieur du logement et dans 2 % des cas, il est situé dans la cour. En outre, environ un ménage sur dix utilise de l'eau provenant d'une fontaine publique (11 %). Il faut aussi souligner que dans 7 % des cas, l'eau utilisée pour boire provient d'une source.

L'examen des résultats du tableau 2.5 montre que la provenance de l'eau utilisée pour boire est différente selon que le ménage réside en milieu rural ou en milieu urbain. En effet, si en urbain, 85 % des ménages ont accès à un robinet situé dans le logement, cette proportion n'est que de 20 % en rural. Par contre, en milieu rural, on note que les ménages s'approvisionnent plus fréquemment auprès de puits : dans 27 % des cas, l'eau provient de puits ouverts, à majorité de puits publics ouverts (18 %) ; dans 14 % des cas, l'eau utilisée provient de puits protégés, surtout de puits publics protégés (8 %). Ajoutons cependant que dans 17 % des cas, les ménages du milieu rural utilisent, pour boire, de l'eau provenant d'une source.

La comparaison de ces résultats avec ceux obtenus en 1997 montre que des efforts appréciables ont été déployés en matière d'accès à l'eau de boisson contrôlée (eau de robinet ou de fontaine publique)

en faveur du milieu rural. En effet, le pourcentage des ménages ayant accès à de l'eau pour boire considérée comme salubre a plus que doublé, passant de 12 % en 1997 à 31 % en 2003. Pour le milieu urbain, cette proportion est restée inchangée, c'est-à-dire, autour de 96 %.

Toilettes

Dans l'ensemble, la proportion des ménages disposant de toilettes (soit à l'intérieur ou à l'extérieur du logement) est de 81 %. La comparaison avec les résultats obtenus en 1997 montrent une amélioration indéniable du niveau d'équipement des logements en toilettes puisque à cette date seulement 57 % des ménages disposaient de cet équipement. Cependant, malgré ces progrès, on constate toujours des disparités importantes entre le milieu urbain et le milieu rural. En effet, en rural, la proportion de ménages ne disposant pas de toilettes est d'environ 44 % contre seulement 2 % en urbain.

Revêtement du sol

La variable sur la nature des matériaux de revêtement du sol du logement est souvent utilisée comme un indicateur du niveau socio économique du ménage. Son intégration dans le questionnaire ménage vise particulièrement à donner une idée de la qualité du revêtement du sol qui peut constituer un facteur favorisant la propagation des maladies.

Dans l'ensemble, un peu plus de 78 % des ménages vivent dans des logements dont le sol est recouvert de carrelage ou du ciment. L'analyse différentielle par milieu de résidence met en évidence que cette proportion est de 92 % en urbain contre 56 % au rural. Elle montre aussi qu'environ 40 % des ménages ruraux habitent des logements dont le sol est en terre/sable contre moins de 2 % en ville.

2.4.2 Biens durables possédés par les ménages

Pendant l'enquête ménage, des informations ont été également collectées sur la possession par les ménages de certains biens durables de consommation et de moyens de transport (radio, téléviseur, réfrigérateur, voiture, motocyclette, etc.). Ces informations permettent d'évaluer le niveau de confort et les conditions socio-économiques dans lesquelles vit la population enquêtée. Le tableau 2.6, illustré par le graphique 2.3, présente les pourcentages des ménages selon la possession de certains biens par milieu de résidence. Il ressort que la radio (81 %) et le poste de télévision (67 %) sont les biens les plus fréquemment possédés par les ménages, qu'ils résident en milieu urbain ou en milieu rural. Cette information est très importante car c'est essentiellement par l'intermédiaire de ces moyens de communication que sont véhiculés les messages en matière d'information, d'éducation et de communication sanitaire. Par contre, on constate que pour certains biens, les résultats font apparaître des écarts importants entre les niveaux de résidence : par exemple, en urbain, les proportions de ménages possédant un téléphone (66 %), un réfrigérateur (78 %), une vidéo (32 %), une parabole (51 %), un chauffe eau (32 %) ou une machine à laver (27 %) sont bien plus élevées qu'en rural. Cependant, en ce qui concerne la possession d'un téléphone, il faut souligner que la proportion des ménages possédant cet équipement a nettement augmenté, passant de 39 % en 1997 à 66 % en 2003 pour le milieu urbain et de 2 % en 1997 à 29 % en 2003 pour le milieu rural. Ce résultat peut s'expliquer, entre autre, par l'apparition du téléphone mobile.

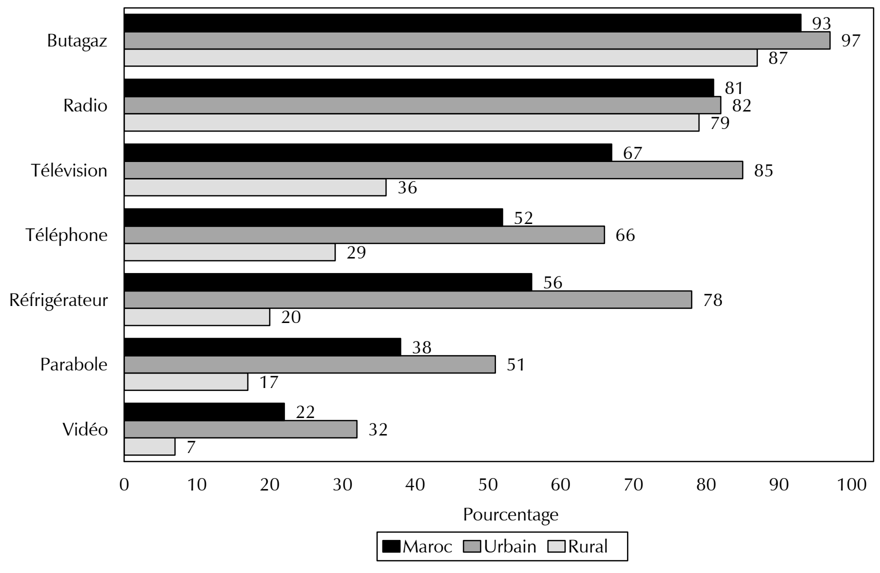
En ce qui concerne les moyens de transport, les résultats montrent qu'un quart des ménages possèdent une bicyclette (25 %) et que cette proportion est légèrement supérieure en milieu urbain qu'en milieu rural (27 % contre 22 %). En outre, un ménage sur sept (14 %) a déclaré posséder une voiture ou un camion ; cette proportion est nettement plus élevée qu'en urbain qu'en rural (18 % contre 7 %). Dans un cas sur dix (11 %), les ménages possèdent une mobylette et cette proportion n'est pas très différente en urbain et en rural. (respectivement, 12 % et 10 %).

Tableau 2.6 Biens durables possédés par les ménages

Pourcentage de ménages possédant certains biens de consommation durables, selon le milieu de résidence, EPSF Maroc 2003-04

	Milieu de résidence		
Biens durables	Urbain	Rural	Ensemble
Radio	82,3	79,3	81,2
Télévision	85,4	35,8	66,6
Téléphone	65,8	29,0	51,8
Réfrigérateur	77,5	20,3	55,8
Vidéo	31,7	7,0	22,3
Parabole	50,6	16,7	37,7
Butagaz	96,8	86,8	93,0
Chauffe eau	31,9	2,8	20,9
Lave vaisselle	1,3	0,1	0,8
Aspirateur	9,3	0,4	5,9
Micro-ondes	8,7	0,9	5,8
Machine à laver	26,6	1,1	17,0
Climatiseur	3,5	0,4	2,4
Bicyclette	27,3	22,3	25,4
Mobylette	11,8	10,4	11,3
Voiture/camion	18,3	7,4	14,1
Aucun	0,5	2,7	1,3
Effectif de ménages	7 145	4 368	11 513

Graphique 2.3 Biens durables possédés par les ménages



CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES ENQUÊTÉES 3

Monique Barrère et Dr Mohamed Ayad

Ce chapitre porte sur les caractéristiques socio-démographiques des femmes enquêtées, âgées de 15 à 49 ans. Tout comme le questionnaire ménage, le questionnaire individuel a permis de recueillir des informations sur l'âge, le milieu de résidence, l'état matrimonial et le niveau d'instruction des femmes. En outre, les résultats concernant l'alphabétisation, l'accès aux média et l'activité économique des femmes sont présentés dans ce chapitre. Enfin, les réponses à certaines questions concernant le pouvoir de décision de la femme au sein du ménage, son droit à disposer de l'argent gagné et son opinion concernant l'adhésion ou le rejet de certains rôles traditionnels ont permis d'évaluer le statut de la femme au Maroc.

3.1 CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉS

Les résultats présentés au tableau 3.1 font apparaître une distribution assez régulière des femmes par groupe d'âges, les proportions diminuant progressivement avec l'avancement en âge : de 20 % à 15-19 ans, la proportion passe à 13 % à 30-34 ans et à 10 % à 45-49 ans.

Concernant l'état matrimonial, on constate que plus de la moitié des enquêtées sont mariées (52 %). En outre, plus de deux femmes sur cinq (42 %) sont célibataires et environ 6 % des femmes sont en rupture d'union.

La répartition selon le milieu de résidence montre qu'une majorité de femmes (61 %) vit en milieu urbain et 40 % en milieu rural. Pratiquement une femme sur huit (13 %) vit dans la région du Grand Casablanca et la région du Souss-Massa-Draâ regroupe environ une femme sur dix (11 %). Ce sont les régions de Laayoune-Boujdour-Sakia Al Hamra et de Guelmim-Es-Smara qui se caractérisent par les proportions les plus faibles de femmes (respectivement, moins d'un pour cent et un pour cent).

Niveau d'instruction

La distribution selon le niveau d'instruction montre qu'une femme sur deux (50 %) n'a aucune instruction ; une femme sur cinq (20 %) a un niveau primaire mais dans la majorité des cas (18 %), les femmes ne l'ont pas achevé. En outre, trois femmes sur dix ont un niveau secondaire ou plus mais dans la majorité des cas (23 %) elles n'ont pas achevé le cycle secondaire. Enfin, seule une faible proportion de femmes a un niveau supérieur (5 %).

Le tableau 3.2 présente le niveau d'instruction atteint par les femmes ainsi que le nombre médian d'années de scolarisation selon différentes caractéristiques socio-démographiques.

Les femmes restent peu de temps dans le système éducatif puisque à 20-24 ans, la moitié d'entre elles n'ont que 2,3 années de scolarisation et à 25-29 ans, la médiane est inférieure à 1 an. On note néanmoins une nette amélioration de la scolarisation des femmes puisque celles sans instruction qui représentaient 73 % des générations les plus anciennes (aujourd'hui âgées de 45-49 ans) ne représentent plus que 27 % des générations les plus récentes (aujourd'hui âgées de 15-19 ans).

Tableau 3.1 Caractéristiques socio-démographiques des enquêtées

Répartition (en %) des femmes enquêtées, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage pondéré de femmes	Effectif pondéré de femmes	Effectif non pondéré de femmes
Âge			
15-19	19,6	3 295	3 347
20-24	17,9	3 011	3 021
25-29	15,4	2 584	2 609
30-34	13,4	2 245	2 238
35-39	12,2	2 055	2 019
40-44	11,4	1 921	1 873
45-49	10,0	1 687	1 691
État matrimonial			
Célibataire	42,1	7 074	7 033
Mariée	52,3	8 782	8 851
Divorcée/séparée	3,5	590	571
Veuve	2,1	352	343
Milieu de résidence			
Urbain	60,5	10 159	8 997
Rural	39,5	6 639	7 801
Région			
Laayoune-Boujdour-Sakia Al Hamra	0,3	43	60
Guelmim-Es-Smara	1,3	221	293
Souss-Massa-Draâ	10,5	1 765	1 861
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	5,6	941	1 029
Chaouia-Ouardigha	5,9	987	895
Marrakech-Tensift-Al Haouz	9,7	1 621	1 652
Oriental	7,2	1 208	1 195
Grand-Casablanca	12,6	2 124	1 886
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	8,0	1 351	1 234
Doukkala-Abda	6,2	1 034	1 116
Tadla-Azilal	4,5	751	837
Meknès -Tafilalt	7,5	1 265	1 188
Fès - Boulmane	5,5	930	973
Taza -Al Hoceima-Taounate	7,1	1 189	1 267
Tanger-Tétouan	8,1	1 369	1 312
Niveau d'instruction[1]			
Aucune instruction	50,0	8 406	8 917
Primaire	19,7	3 317	3 253
Primaire incomplet	18,2	3 056	2 978
Primaire complet	1,6	261	275
Secondaire ou plus	30,2	5 075	4 628
Secondaire incomplet	23,0	3 864	3 519
Secondaire complet et plus	7,2	1 211	1 109
Quintiles de bien-être			
Le plus pauvre	17,6	2 959	3 527
Second	18,7	3 145	3 512
Moyen	20,1	3 380	3 299
Quatrième	21,4	3 600	3 132
Le plus riche	22,1	3 714	3 328
Ensemble	100,0	16 798	16 798

[1] Dans la suite des tableaux de ce chapitre et de l'ensemble des tableaux du reste du rapport, la variable niveau d'instruction sera limitée à trois catégories : Aucune instruction, primaire et secondaire ou plus.

Tableau 3.2 Niveau d'instruction par caractéristiques socio-démographiques

Répartition (en %) des femmes enquêtées en fonction du plus haut niveau d'instruction atteint ou complété et nombre médian d'années d'instruction, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	Plus haut niveau d'instruction: Aucun niveau	Primaire incomplet	Primaire complet	Secondaire incomplet	Secondaire complet	Supérieur	Total	Effectif de femmes	Nombre médian d'années de scolarisation
Âge									
15-19	27,1	21,6	4,2	44,4	0,9	1,8	100.0	3 295	5,2
20-24	42,1	18,5	3,0	26,2	3,1	7,1	100.0	3 011	2,3
25-29	47,0	21,7	1,0	21,0	2,7	6,7	100.0	2 584	0,8
30-34	52,7	19,6	0,1	18,3	1,6	7,7	100.0	2 245	a
35-39	63,6	12,1	0,1	15,9	2,2	6,0	100.0	2 055	a
40-44	68,2	14,3	0,1	10,6	1,8	5,1	100.0	1 921	a
45-49	72,9	15,6	0,0	7,7	0,9	2,8	100.0	1 687	a
Milieu de résidence									
Urbain	33,6	19,7	1,1	34,2	3,0	8,4	100.0	10 159	4,4
Rural	75,2	15,9	2,2	5,8	0,4	0,5	100.0	6 639	a
Quintile de bien-être									
Le plus pauvre	85,5	10,8	1,2	2,4	0,0	0,1	100.0	2 959	a
Second	71,7	17,2	2,3	8,4	0,1	0,3	100.0	3 145	a
Moyen	51,1	22,6	2,2	20,7	1,0	2,4	100.0	3 380	a
Quatrième	33,5	21,3	1,3	35,7	1,9	6,4	100.0	3 600	4,3
Le plus riche	18,5	17,9	0,9	41,6	5,9	15,2	100.0	3 714	8,3
Ensemble	50,0	18,2	1,6	23,0	1,9	5,3	100.0	16 798	a

a = Non calculés parce que 50 % des enquêtées ou plus sont sans instruction

Le milieu de résidence influence nettement le niveau d'instruction des femmes : en effet, les trois–quarts des femmes du milieu rural n'ont jamais fréquenté l'école ; en urbain, cette proportion est beaucoup plus faible (34 %). Par ailleurs, la répartition des femmes selon le niveau de richesse du ménage dans lequel elles vivent met également en évidence des écarts importants du niveau d'instruction : les proportions de femmes sans instruction diminuent au fur et à mesure que le niveau de richesse du ménage augmenté : d'un maximum de 86 % dans les ménages les plus pauvres, la proportion de femmes sans instruction passe à un minimum de 19 % dans les ménages les plus riches.

Alphabétisation

Afin d'évaluer le niveau d'alphabétisation des enquêtées, on a demandé au moment de l'interview à celles qui n'avaient pas d'instruction ou qui avaient seulement le niveau primaire de lire une phrase simple qui avait été rédigée à cet effet en arabe. Celles qui avaient un niveau d'instruction secondaire ou plus étaient considérées d'office comme étant alphabétisées. Les résultats du tableau 3.3 montrent que pratiquement une femme sur deux ne sait pas lire (49 %). Dans 5 % des cas, les femmes ont pu lire une partie de la phrase inscrite sur la carte et 15 % ont été capables de lire la phrase entière. On constate cependant que la proportion de femmes analphabètes est quasiment identique à celles qui n'ont jamais fréquenté l'école (49 % contre 50 %) ce qui peut indiquer que la proportion de femmes qui ont fréquenté l'école l'ont fréquentée suffisamment longtemps pour apprendre à lire et qu'elles n'ont pas oublié ce qu'elles ont appris.

Tableau 3.3 Alphabétisation

Répartition (en %) des femmes enquêtées par niveau d'instruction atteint et niveau d'alphabétisation, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	Secondaire ou plus	Primaire ou sans instruction				Total	Effectif de femmes	Pourcentage de femmes alphabétisées[1]
		Lit une phrase entière	Lit une partie de phrase	Ne sait pas lire	ND			
Âge								
15-19	47,0	19,0	5,5	28,1	0,4	100,0	3 295	71,5
20-24	36,4	16,2	4,9	42,3	0,2	100,0	3 011	57,5
25-29	30,3	16,5	5,7	47,3	0,1	100,0	2 584	52,5
30-34	27,6	16,9	4,0	51,3	0,2	100,0	2 245	48,6
35-39	24,2	11,8	4,5	59,3	0,2	100,0	2 055	40,5
40-44	17,5	12,4	4,4	65,7	0,2	100,0	1 921	34,2
45-49	11,5	11,5	4,9	72,1	0,0	100,0	1 687	27,9
Milieu de résidence								
Urbain	45,6	16,9	5,1	32,2	0,2	100,0	10 159	67,5
Rural	6,7	13,2	4,7	75,3	0,1	100,0	6 639	24,6
Région								
Laayoune-Boujdour-Sakia Al Hamra	(49,6)	(20,8)	(1,8)	(27,8)	(0,0)	100,0	43	(72,2)
Guelmim-Es-Smara	30,2	25,8	2,4	41,6	0,0	100,0	221	58,4
Souss-Massa-Draâ	20,0	16,3	7,5	56,1	0,1	100,0	1 765	43,7
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	23,2	9,4	5,3	61,7	0,4	100,0	941	37,9
Chaouia-Ouardigha	31,6	14,7	5,1	48,4	0,1	100,0	987	51,5
Marrakech-Tensift-Al Haouz	20,3	13,0	4,9	61,7	0,0	100,0	1 621	38,3
Oriental	25,6	20,6	4,1	49,6	0,2	100,0	1 208	50,3
Grand-Casablanca	51,8	18,6	4,6	24,8	0,1	100,0	2 124	75,1
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	48,8	14,1	4,9	31,9	0,3	100,0	1 351	67,8
Doukkala-Abda	22,4	8,3	5,3	64,0	0,0	100,0	1 034	36,0
Tadla-Azilal	21,6	14,5	4,4	59,3	0,3	100,0	751	40,4
Meknès -Tafilalt	29,4	17,8	5,0	47,4	0,4	100,0	1 265	52,1
Fès - Boulmane	36,1	15,6	3,6	44,5	0,2	100,0	930	55,3
Taza -Al Hoceima-Taounate	17,7	13,3	3,7	64,9	0,4	100,0	1 189	34,7
Tanger-Tétouan	28,7	17,4	4,9	48,8	0,2	100,0	1 369	51,0
Quintile de bien-être								
Le plus pauvre	2,5	7,9	3,3	86,3	0,1	100,0	2 959	13,7
Second	8,8	13,7	5,3	72,1	0,1	100,0	3 145	27,8
Moyen	24,1	18,4	6,1	51,2	0,2	100,0	3 380	48,6
Quatrième	43,9	19,2	5,1	31,4	0,4	100,0	3 600	68,2
Le plus riche	62,7	16,6	4,6	15,9	0,1	100,0	3 714	84,0
Ensemble	30,2	15,4	4,9	49,2	0,2	100,0	16 798	50,6

[1] Correspond aux femmes qui ont au moins fréquenté l'école secondaire et à celles pouvant lire une phrase entière ou une partie de phrase.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

Malgré ce niveau relativement élevé d'analphabétisme, on observe des générations anciennes aux plus récentes, une nette amélioration. En effet, la proportion de femmes analphabètes passe de 72 % dans les générations les plus anciennes, âgées de 45-49 ans, à 28 % chez les femmes de 15-19 ans. Comme on pouvait s'y attendre, les proportions de femmes analphabètes sont nettement plus élevées en milieu rural qu'en milieu urbain (75 % contre 32 %). Les résultats selon les régions font également apparaître des écarts importants ; c'est dans les régions de Taza-Al Hoceima-Taounate et de Doukkala-Abda que l'on

enregistre les proportions les plus élevées de femmes analphabètes (respectivement, 65 % et 64 %) ; à l'opposé, c'est la région du Grand Casablanca qui se caractérise par la proportion la plus faible (25 %).

3.2 EXPOSITION AUX MÉDIAS

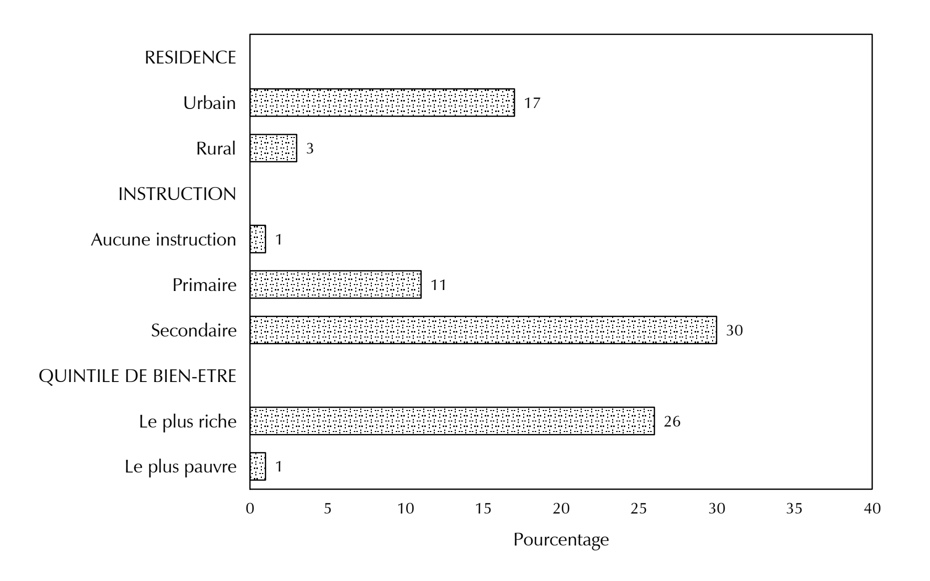
Les données concernant l'exposition des femmes aux médias sont présentées au tableau 3.4 et au graphique 3.1 On constate que la grande majorité des femmes (81 %) ont déclaré regarder la télévision au moins une fois par semaine ; de plus une femme sur deux (50 %) écoute la radio au moins une fois par semaine ; par contre, la proportion de femmes qui ont déclaré lire un journal au moins une fois par semaine est plus faible (16 %). Globalement, 12 % des femmes sont exposées aux trois média et c'est en milieu urbain, (17 %), parmi les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (30 %) et parmi celles habitant dans les ménages du quintile le plus riche (26 %) que cette proportion est la plus élevée (graphique 3.1). À l'opposé, un quart des femmes du milieu rural (25 %), plus d'un cinquième de celles sans instruction (22 %) et 44 % de celles dont le ménage est classé dans le quintile le plus pauvre ne sont exposées à aucun média.

Tableau 3.4 Exposition aux média

Pourcentage de femmes qui habituellement lisent un journal regardent la télévision et/ou écoutent la radio au moins une fois par semaine, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	Lit un journal au moins une fois par semaine	Regarde la télévision au moins une fois par semaine	Écoute la radio au moins une fois par semaine	Exposition aux trois média	Aucun média	Effectif de femmes
Âge						
15-19	23,0	83,9	51,3	15,8	10,4	3 295
20-24	18,4	82,6	55,8	13,4	10,8	3 011
25-29	17,0	80,4	51,1	12,0	12,9	2 584
30-34	15,7	81,1	50,3	11,0	12,1	2 245
35-39	13,1	80,9	46,1	9,5	13,8	2 055
40-44	11,8	79,6	45,9	8,6	15,2	1 921
45-49	8,9	78,7	42,2	6,0	16,2	1 687
Milieu de résidence						
Urbain	24,1	93,5	53,1	16,9	4,3	10 159
Rural	4,4	62,8	44,7	3,4	25,4	6 639
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	1,2	68,9	41,7	0,9	22,2	8 406
Primaire	15,7	89,9	53,8	10,9	5,7	3 317
Secondaire ou plus	41,8	96,5	60,6	29,7	1,3	5 075
Quintile de bien-être						
Le plus pauvre	1,4	36,0	41,1	0,9	43,6	2 959
Second	5,4	75,6	43,8	3,5	16,4	3 145
Moyen	12,7	92,1	48,7	9,0	5,4	3 380
Quatrième	21,8	96,9	53,9	14,9	2,0	3 600
Le plus riche	35,5	97,5	58,8	26,0	1,6	3 714
Ensemble	16,3	81,4	49,8	11,6	12,6	16 798

Graphique 3.1 Proportion de femmes exposées aux trois média



EPSF Maroc 2003-04

3.3 ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE

Lors de l'EPSF, des informations relatives à l'emploi des femmes ont été collectées. On a considéré comme ayant un travail toute femme ayant déclaré avoir une activité, régulière ou non, dans le secteur formel ou informel, avec une contrepartie financière ou non. Les résultats sont présentés au tableau 3.5.

Les résultats montrent que plus des trois quarts des femmes (79 %) n'avaient pas travaillé au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'enquête. Parmi celles qui avaient travaillé pendant cette période (21 %), la majorité travaillait au moment de l'enquête (20 %). La proportion de femmes qui travaillaient au moment de l'enquête augmente avec l'âge, passant de 13 % à 15-19 ans à 22 % à 30-34 ans et atteint un maximum de 25 % à 40-44 ans. Au-delà de cet âge, la proportion diminue (23 %). Du point de vue de l'état matrimonial, on constate que ce sont les femmes en rupture d'union qui étaient les plus actives au moment de l'enquête (36 %) ; à l'opposé, c'est parmi les femmes mariées que l'on enregistre la proportion la plus faible de femmes actives (16 %) ; les célibataires occupent une position intermédiaire (24 %). En fonction du nombre d'enfants vivants, on note que la proportion de femmes exerçant une activité diminue au fur et à mesure que le nombre d'enfants augmente : de 23 % quand la femme n'a pas d'enfant, la proportion passe à 21 % quand elle en a un puis elle diminue de manière plus importante et atteint 16 % à 3-4 enfants et 15 % quand elle en a 5 ou plus. Par ailleurs, on constate que la proportion de femmes du milieu urbain qui travaillaient au moment de l'enquête est légèrement plus élevée qu'en milieu rural (22 % contre 18 %). Les résultats selon le niveau d'instruction font apparaître certains écarts : les femmes ayant un niveau secondaire ou plus travaillaient plus fréquemment que les autres au moment de l'enquête (24 % contre 18 % en moyenne pour les autres). Le tableau 3.5 présente également la répartition des femmes qui travaillaient au moment de l'enquête en fonction du quintile de bien-être du ménage. On ne constate pas d'écarts importants : 26 % des femmes appartenant aux ménages les plus riches travaillaient contre 23 % de celles qui, à l'opposé, vivent dans les plus pauvres.

Tableau 3.5 Emploi

Répartition (en %) des femmes par le fait qu'elles ont ou non un emploi et par durée de l'emploi, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	A travaillé au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête		N'a pas travaillé au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête	ND/NSP	Total	Effectif
	Travaille actuellement	Ne travaille pas actuellement				
Âge						
15-19	12,6	0,8	86,5	0,1	100,0	3 295
20-24	19,1	1,2	79,7	0,0	100,0	3 011
25-29	21,5	1,9	76,6	0,0	100,0	2 584
30-34	22,0	1,4	76,6	0,0	100,0	2 245
35-39	24,0	1,1	74,9	0,0	100,0	2 055
40-44	24,7	0,5	74,8	0,0	100,0	1 921
45-49	22,6	0,7	76,6	0,1	100,0	1 687
État matrimonial						
Célibataire	23,7	1,5	74,7	0,0	100,0	7 074
Mariée	15,6	0,7	83,7	0,0	100,0	8 782
Divorcée/séparée/veuve	36,3	1,8	61,8	0,0	100,0	942
Nombre d'enfants vivants						
0	22,7	1,6	75,7	0,0	100,0	8 217
1-2	20,7	1,0	78,4	0,0	100,0	3 573
3-4	16,1	0,8	83,2	0,0	100,0	2 817
5+	15,1	0,3	84,6	0,1	100,0	2 190
Milieu de résidence						
Urbain	21,8	1,3	76,9	0,0	100,0	10 159
Rural	17,7	0,8	81,4	0,1	100,0	6 639
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	18,5	0,9	80,6	0,0	100,0	8 406
Primaire	18,2	1,6	80,0	0,1	100,0	3 317
Secondaire et plus	24,2	1,2	74,6	0,0	100,0	5 075
Quintile de bien-être						
Le plus pauvre	23,4	0,7	75,8	0,1	100,0	2 959
Second	15,3	1,1	83,5	0,0	100,0	3 145
Moyen	17,5	1,6	80,8	0,1	100,0	3 380
Quatrième	18,1	1,2	80,7	0,0	100,0	3 600
Le plus riche	26,1	0,9	72,9	0,0	100,0	3 714
Ensemble	20,2	1,1	78,7	0,0	100,0	16 798

Au tableau 3.6 figure les résultats concernant le type d'occupation des femmes ayant eu un emploi au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Dans 28 % des cas, ces femmes exerçaient des travaux manuels qualifiés ; en particulier, plus de deux femmes sur cinq ayant un niveau primaire (45 %), plus d'un tiers des femmes célibataires (34 %) et de celles résidant en milieu urbain (34 %) exerçaient ce type d'activité. En outre, on constate qu'un peu plus d'un quart des femmes étaient occupées dans l'agriculture. En particulier, 82 % de celles vivant dans les ménages les plus pauvres, 72 % de celles vivant en milieu rural, plus de la moitié de celles ayant au moins 5 enfants (55 %) et près de la moitié de celles sans instruction (49 %) travaillaient dans ce secteur. Environ une femme sur sept travaillait comme cadre/technicien administratif : il s'agit principalement des femmes ayant un niveau secondaire ou plus et de celles vivant dans les ménages les plus riches (respectivement, 39 % et 36 %). Dans 9 % des cas, les femmes ont déclaré travailler comme employée cette activité étant plus fréquente en milieu urbain (13 % contre 1 % en rural), parmi les femmes de niveau secondaire ou plus (21 %) et parmi celles des ménages aisés (12 % pour le quatrième quintile et 19 % pour le plus riche). Les femmes qui travaillent dans les « Ventes et Services » représentent 6 % des femmes actives ou l'ayant été et celles qui sont occupées à des travaux non qualifiés représentent 4 %. Enfin, une femme sur dix exerçait des travaux domestiques et cette proportion est particulièrement élevée chez les femmes en rupture d'union (25 %) ; on note également que 14 % des jeunes filles de 15-19 ans et 16 % des femmes ayant un niveau primaire exerçaient ce type d'activité.

Tableau 3.6 Occupation

Répartition (en %) des femmes ayant ou ayant eu un emploi au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête par type d'occupation, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	Cadre/ technicien/ administratif	Employé	Ventes et services	Travail manuel qualifié	Travail manuel non qualifié	Travaux domestiques	Agriculture	ND	Total	Effectif
Âge										
15-19	2,1	2,0	2,7	27,9	6,6	14,2	43,2	1,3	100,0	442
20-24	7,1	5,3	5,6	39,1	3,4	10,0	28,7	0,8	100,0	611
25-29	15,7	9,8	5,9	31,6	3,9	8,4	23,9	0,7	100,0	606
30-34	15,5	11,4	8,4	29,9	3,6	8,0	21,4	1,9	100,0	525
35-39	19,4	16,5	6,2	22,8	4,5	10,5	19,0	1,1	100,0	515
40-44	26,9	9,9	6,6	20,4	4,5	9,4	22,1	0,2	100,0	484
45-49	20,6	7,9	8,0	15,2	5,1	11,6	30,8	0,7	100,0	393
État matrimonial										
Célibataire	11,6	8,4	5,3	34,1	4,6	9,8	25,3	0,9	100,0	1 785
Mariée	20,9	10,8	5,9	22,0	2,8	6,8	29,6	1,2	100,0	1 432
Divorcée/séparée/veuve	9,4	5,5	12,0	17,4	9,8	24,7	20,9	0,2	100,0	360
Nombre d'enfants vivants										
0	12,6	9,0	5,5	32,6	4,6	10,0	24,8	0,9	100,0	1 996
1-2	24,2	12,5	5,7	23,2	4,3	9,5	19,5	1,2	100,0	772
3-4	18,9	8,4	9,0	21,7	3,9	12,2	25,2	0,7	100,0	474
5+	3,5	2,6	7,8	16,3	4,0	9,6	55,4	0,9	100,0	336
Milieu de résidence										
Urbain	21,1	13,2	8,7	33,8	6,0	13,6	2,8	0,9	100,0	2 345
Rural	3,8	1,3	1,4	15,8	1,3	3,6	71,8	1,1	100,0	1 233
Niveau d'instruction										
Aucune instruction	1,6	1,4	4,6	23,4	5,3	14,1	48,7	1,0	100,0	1 630
Primaire	2,7	4,1	6,1	44,6	5,5	15,9	20,1	1,0	100,0	658
Secondaire ou plus	38,5	21,3	8,3	24,2	2,7	2,1	1,8	0,9	100,0	1 290
Quintile de bien-être										
Le plus pauvre	1,5	0,6	0,7	10,4	1,6	1,7	82,4	1,0	100,0	713
Second	3,4	1,7	4,0	21,2	4,6	10,1	54,0	1,0	100,0	517
Moyen	8,4	5,4	8,0	40,9	10,0	15,1	11,3	0,8	100,0	646
Quatrième	14,2	12,3	9,3	45,6	6,3	10,5	1,0	0,8	100,0	695
Le plus riche	35,7	19,0	7,9	22,0	1,3	12,7	0,4	1,1	100,0	1 005
Ensemble	15,1	9,1	6,2	27,6	4,4	10,1	26,6	1,0	100,0	3 578

Les résultats présentés au tableau 3.7 présentent certaines caractéristiques de l'emploi des femmes, à savoir le type de revenu, le type d'employeur et la régularité du travail. On remarque, en premier lieu, que plus des trois quarts des femmes qui exercent une activité ou qui en ont exercé une travaillent pour de l'argent (76 %), c'est même le cas de 95 % des femmes qui travaillent hors du secteur agricole. À l'opposé, dans 16 % des cas, les femmes qui travaillent ne sont pas rémunérées. C'est essentiellement quand le travail est un travail agricole que les femmes ne sont pas rémunérées (54 % contre 3 %). Dans ce secteur d'activité, les femmes sont payées en nature seulement. En outre, on note que dans plus de la moitié des cas (58 %) , les femmes travaillent pour une personne qui n'appartient pas à la famille. Cependant, quand les femmes travaillent dans l'agriculture, elles travaillent presque exclusivement pour un membre de la famille (58 %). En outre, plus d'une femme sur cinq travaille à son propre compte. En ce qui concerne la régularité du travail, les résultats montrent que plus de la moitié des femmes ont un travail annuel ; cela dit, quand elles sont employées dans l'agriculture, les femmes travaillent de manière saisonnière (57 %).

Tableau 3.7 Type d'emploi				
Répartition (en %) des femmes ayant ou ayant eu un emploi au cours des 12 mois précédant l'enquête par type de revenus type d'employeur et régularité de l'emploi, selon le type de l'emploi (agricole ou non-agricole), EPSF Maroc 2003-04				
Caractéristique de l'emploi	Travail agricole	Travail non agricole	ND	Total
Type de revenu				
Argent seulement	24,9	94,6	(70,3)	75,9
Argent et en nature	4,4	2,2	(0,0)	2,8
En nature seulement	16,3	0,5	(0,0)	4,7
Sans rémunération	54,0	2,5	(10,7)	16,3
ND	0,4	0,1	(18,9)	0,4
Total	100,0	100,0	(100,0)	100,0
Type d'employeur				
Travaille pour un membre de la famille	57,8	4,3	(8,4)	18,6
Travaille pour quelqu'un d'autre que la famille	26,0	69,9	(67,0)	58,2
Travaille à son propre compte	16,1	25,3	(5,7)	22,7
ND	0,2	0,4	(18,9)	0,5
Total	100,0	100,0	(100,0)	100,0
Régularité du travail				
Annuel	28,0	69,2	(57,7)	58,1
Saisonnier	57,3	9,9	(17,3)	22,5
Occasionnel	14,1	20,9	(6,0)	18,9
ND	0,6	0,1	(18,9)	0,4
Total	100,0	100,0	(100,0)	100,0
Effectif	950	2 593	34	3 578

Note: Le total comprend les femmes dont l'information sur le type d'emploi est manquante
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

3.4 STATUT DE LA FEMME

Les constructions culturelles liées au genre et à la sexualité définissent le rôle des hommes et des femmes dans la société et ont un impact très important sur leur comportement. L'incorporation de la dimension genre est désormais nécessaire pour assurer la réussite de tout programme dans le domaine de la santé et de la population. À l'EPS, le pouvoir de décision de la femme au sein du ménage, son droit à disposer de l'argent gagné et son opinion concernant l'adhésion ou le rejet de certains rôles traditionnels ont été choisi comme critère d'évaluation du statut de la femme au Maroc. Les résultats sont présentés dans cette partie.

3.4.1 Décision de l'utilisation du revenu et contribution aux dépenses du ménage

Décision de l'utilisation du revenu

Le pouvoir de décision concernant l'utilisation du revenu de la femme est considéré comme l'un des indicateurs du statut de la femme. En effet, il permet de mesurer son niveau d'autonomie financière. Pour en obtenir une évaluation, on a demandé, au cours de l'enquête, aux femmes qui avaient travaillé au cours des 12 derniers mois et qui avaient gagné de l'argent, qui décidait de l'utilisation de cet argent. Les résultats montrent que plus des trois-quarts des femmes (76 %) décident seules de l'utilisation de l'argent qu'elles gagnent. En outre, dans 15 % des cas, on constate que cette décision est prise conjointement avec le mari ou avec quelqu'un d'autre et dans 9 % des cas, la femme n'est pas impliquée dans la décision (tableau 3.8).

Tableau 3.8 Décision de l'utilisation du revenu et contribution aux dépenses du ménage

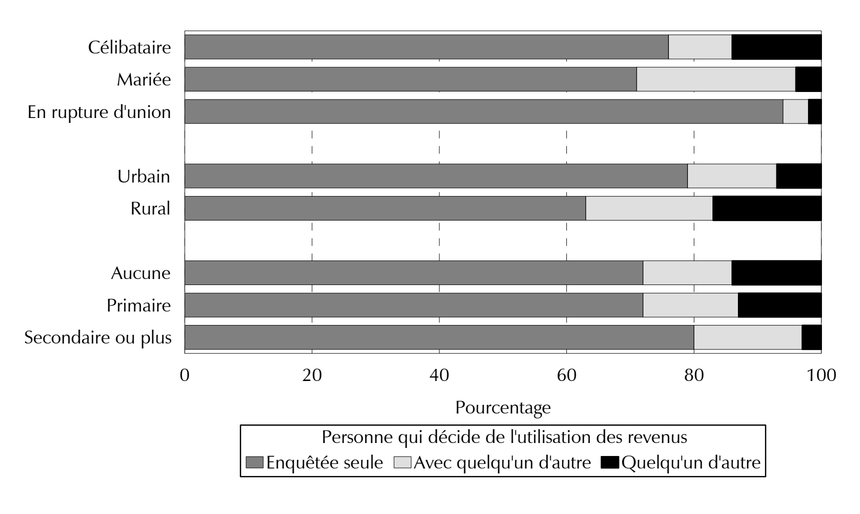
Répartition (en %) des femmes travaillant ou ayant travaillé au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et qui gagnent de l'argent en fonction de la personne qui décide de son utilisation et de la proportion dépensée pour les charges du ménage, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

	Décision sur l'utilisation des revenus					Dépenses du ménage couvertes par les gains						
Caractéristique socio-démographique	Enquêtée toute seule	Conjointement avec quelqu'un d'autre[1]	Autre personne décide seule[2]	ND	Total	Pratiquement aucune	Moins de la moitié	Au moins la moitié	Toutes	ND	Total	Effectif
Âge												
15-19	49,1	15,5	34,7	0,6	100,0	17,1	10,3	33,6	39,0	0,0	100,0	287
20-24	71,9	13,3	14,8	0,0	100,0	19,0	18,0	36,3	26,7	0,0	100,0	469
25-29	83,9	10,1	6,0	0,0	100,0	20,9	15,5	39,6	24,0	0,0	100,0	480
30-34	84,9	11,3	3,8	0,0	100,0	16,6	18,7	28,8	35,9	0,0	100,0	424
35-39	77,1	19,9	3,0	0,0	100,0	11,0	11,8	36,7	40,4	0,2	100,0	442
40-44	75,4	20,9	3,7	0,0	100,0	6,4	7,1	31,7	54,8	0,0	100,0	399
45-49	79,6	16,5	3,6	0,4	100,0	2,9	5,9	28,8	62,4	0,0	100,0	311
État matrimonial												
Célibataire	75,3	10,4	14,1	0,1	100,0	18,9	17,8	37,9	25,4	0,0	100,0	1 434
Mariée	70,6	25,1	4,1	0,1	100,0	8,8	9,0	33,9	48,3	0,0	100,0	1 050
Divorcée/séparée/veuve	93,9	3,8	2,3	0,0	100,0	8,5	5,0	17,8	68,5	0,2	100,0	329
Nombre d'enfants vivants												
0	75,8	11,2	13,0	0,1	100,0	18,8	17,6	37,9	25,8	0,0	100,0	1 608
1-2	77,5	19,6	2,9	0,0	100,0	9,6	9,4	32,6	48,5	0,0	100,0	644
3-4	73,5	23,5	2,6	0,3	100,0	5,3	5,1	27,7	61,6	0,2	100,0	374
5+	74,3	17,3	8,5	0,0	100,0	4,6	2,2	18,6	74,6	0,0	100,0	186
Milieu de résidence												
Urbain	78,7	14,0	7,2	0,1	100,0	14,5	14,0	34,5	37,0	0,0	100,0	2 281
Rural	63,2	20,0	16,8	0,0	100,0	11,6	9,0	32,0	47,2	0,1	100,0	532
Niveau d'instruction												
Aucune instruction	72,2	13,7	14,1	0,0	100,0	9,9	5,2	29,0	55,7	0,1	100,0	1 021
Primaire	71,9	14,5	13,0	0,6	100,0	12,0	13,2	33,0	41,8	0,0	100,0	545
Secondaire ou plus	80,3	16,7	3,0	0,0	100,0	18,1	19,3	38,6	24,0	0,0	100,0	1 246
Quintile de bien-être												
Le plus pauvre	55,4	24,7	19,9	0,0	100,0	7,6	4,3	33,2	54,6	0,3	100,0	257
Second	69,9	13,7	16,4	0,0	100,0	9,5	6,8	28,6	55,0	0,0	100,0	301
Moyen	76,5	14,0	9,5	0,0	100,0	12,4	9,4	30,3	47,9	0,0	100,0	591
Quatrième	82,0	12,0	6,0	0,0	100,0	12,0	13,7	37,1	37,1	0,0	100,0	682
Le plus riche	78,1	16,0	5,6	0,3	100,0	19,2	18,9	36,0	25,8	0,0	100,0	981
Ensemble	75,8	15,1	9,0	0,1	100,0	13,9	13,0	34,0	39,0	0,0	100,0	2 812

[1] En commun avec le conjoint ou quelqu'un d'autre.
[2] Y compris le conjoint.

Les résultats selon les différentes variables sociodémographiques font apparaître certaines disparités (graphique 3.2). On constate tout d'abord selon l'âge que les jeunes femmes de 15-19 ans et, dans une moindre mesure celles de 20-24 ans, sont celles qui décident le moins fréquemment seules de l'utilisation de l'argent qu'elles gagnent (respectivement, 49 % et 72 %). En fonction de leur statut matrimonial, les femmes n'ont pas le même niveau d'implication dans la décision d'utilisation de l'argent gagné : en effet, ce sont les femmes en rupture d'union (94 %) qui décident le plus fréquemment seules de la façon dont sera dépensé l'argent gagné. À l'opposé, les femmes mariées sont celles qui ont le moins d'autonomie : (71 %) décident seules mais, dans une proportion relativement élevée (25 %), ces femmes décident avec leur mari ou avec quelqu'un d'autre. En ce qui concerne les célibataires, on note que les trois-quarts décident seules et que dans 10 % des cas, elles décident avec quelqu'un d'autre et dans 14 % des cas, c'est quelqu'un d'autre seul qui décide pour elle. Les résultats selon le nombre d'enfants qui sont influencés par l'âge ne font pas apparaître d'écarts très importants, tout au plus peut-on souligner que 13 % des femmes sans enfants, qui sont probablement aussi les plus jeunes, laissent quelqu'un d'autre décider de la façon d'utiliser l'argent qu'elles gagnent.

Graphique 3.2 Répartition des femmes ayant effectué un travail rémunéré au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, selon la personne qui décide de l'utilisation des revenus



Selon le milieu de résidence, on constate que les femmes du milieu urbain disposent d'un plus grand pouvoir de décision concernant l'argent qu'elles gagnent puisque 79 % contre 63 % en rural ont déclaré décider de la manière dont elles utilisaient leur argent. Dans les régions, il y a aussi des écarts : celles de Gharb-Chrarda-Bni Hssen (63 %), celle de Doukkala-Abda (68 %) se caractérisent par les proportions les plus faibles de femmes qui décident seules de l'utilisation de l'argent qu'elles gagnent. À l'opposé, les femmes de la région de Marrakech-Tensift-Haouz sont celles qui disposent le plus fréquemment d'autonomie quant à la façon d'utiliser leur argent (données non présentés).

Les résultats selon le niveau d'instruction révèlent aussi des différences. Il semble que plus les femmes sont instruites, plus elles décident seules ou conjointement avec quelqu'un d'autre : en effet seulement 3 % des femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus laissent à quelqu'un d'autre la décision d'utiliser l'argent qu'elles gagnent contre 14 % quand les femmes n'ont pas d'instruction et 13 % quand elles ont un niveau d'instruction primaire.

Contribution aux dépenses du ménage

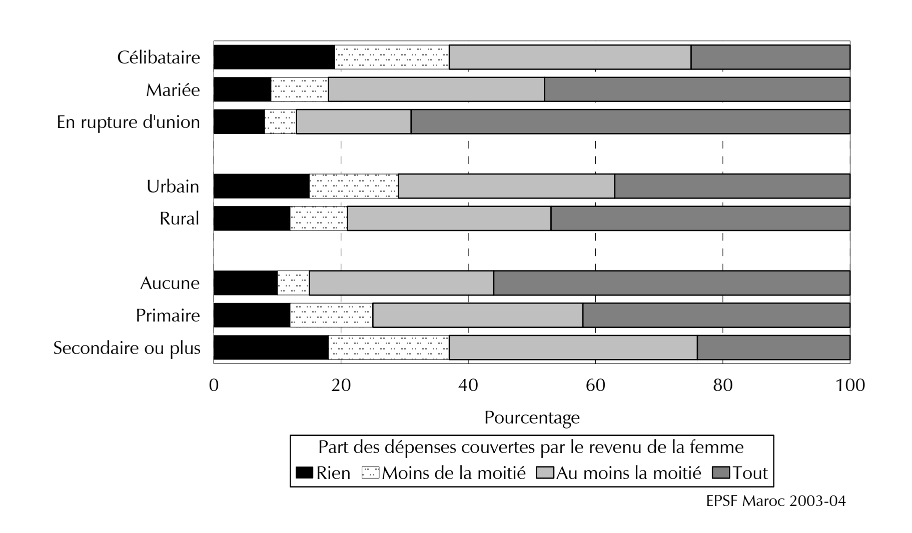
Dans le partage traditionnel des rôles, c'est à l'homme que revient la responsabilité de pourvoir économiquement aux besoins du ménage. À partir du moment où les revenus des femmes jouent un rôle dans l'économie du ménage, leur contribution économique devient effective. Durant l'enquête, pour évaluer l'importance de cette contribution économique des femmes dans la vie du ménage, on a posé aux enquêtées ayant effectué un travail rémunéré au cours des 12 derniers mois la question suivante : « En général, quelle part des dépenses du ménage est payée par ce que vous gagnez : Presque rien ; Moins de la moitié ; À peu près la moitié ; Plus de la moitié ; La totalité ; Rien, tout son revenu est gradé ». Dans l'ensemble, 39 % des femmes ont déclaré que la totalité des dépenses de leur ménage ont été couvertes par leurs revenus (tableau 3.8). En outre, dans 34 % des cas, les femmes ont affecté leurs revenus pour payer au moins la moitié des dépenses du ménage. Cela signifie que pratiquement les trois-quarts des femmes (73 %) utilisent leurs revenus pour couvrir une grande partie des dépenses du ménage. À l'opposé, dans 13 % des cas, moins de la moitié des dépenses du ménage sont payées par les revenus de la femme et dans 14 % des cas, les femmes n'ont pas ou peu contribué aux dépenses du ménage.

Les résultats selon les caractéristiques socio-démographiques font apparaître des disparités. On constate tout d'abord selon l'âge que la proportion de femmes qui couvrent tout ou, au moins, la moitié ~~de~~ des dépenses du ménage augmente avec l'âge : de 63 % à 20-24 ans, la proportion atteint 91 % à 45-49 ans. Avec une proportion de 73 %, le cas particulier du groupe d'âges 15-19 ans mérite d'être expliqué. Ce sont, semble-t-il, des jeunes filles vivant seules en ménages isolés ou qui prennent en charge un ou plusieurs membres de la famille souvent âgés ou incapables d'exercer un travail.

Selon le statut matrimonial, on constate que les proportions de femmes qui couvrent tout ou, au moins, la moitié des dépenses pour assurer le fonctionnement du ménage sont plus élevés parmi les femmes mariées et en rupture d'union que parmi les célibataires (respectivement, 82 % et 86 % contre 63 %).

Par ailleurs, on constate que la part des dépenses du ménage payées par les femmes avec leurs revenus augmente en fonction du nombre d'enfants: 26 % des femmes sans enfant couvrent toutes les dépenses du ménage contre 49 % de celles qui en ont 1 ou 2 et 75 % de celles qui en ont au moins 5. Ces variations sont assez similaires à celle constatée selon l'état matrimonial : En fait, on peut considérer que les femmes sans enfant se comportent en matière de contribution aux charges du ménage comme les célibataires. Par contre, il est fort possible que les femmes qui ont au moins 5 enfants soient également les plus âgées et par conséquent celles qui sont le plus fréquemment en rupture d'union et donc à la tête d'un ménage (graphique 3.3).

Graphique 3.3 Répartition des femmes ayant effectué un travail rémunéré au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête selon la part des dépenses du ménage couvertes par leur revenu



En ce qui concerne le milieu de résidence, il ne semble pas que le niveau d'implication économique des femmes dans le ménage soit très différent : tout au plus peut-on souligner que les femmes du milieu rural sont proportionnellement un peu plus nombreuses que celles du milieu urbain à consacrer leurs revenus pour payer toutes ou une partie des dépenses du ménage (79 % contre 72 %).

Par ailleurs, selon le niveau d'instruction, il semble que plus les femmes sont instruites, moins elles consacrent leurs revenus pour s'acquitter de toutes les dépenses du ménage : 56 % des femmes sans instruction ont déclaré s'acquitter de toutes les dépense du ménage avec leurs revenus contre 42 % des femmes ayant un niveau primaire et seulement 24 % de celles ayant au moins un niveau secondaire. Par contre, quand il s'agit de participer en prenant en charge moins de la moitié des dépenses ou au moins la moitié, la tendance est différente et les femmes instruites sont proportionnellement plus nombreuses que les autres à participer financièrement aux frais de ménage.

3.4.2 Contrôle du revenu des femmes

Le tableau 3.9 présente la répartition des femmes qui gagnent de l'argent selon la personne qui décide de son utilisation et selon la part des dépenses du ménage qui est couverte par le revenu de la femme. Les résultats sont présentés selon l'état matrimonial de la femme. On constate tout d'abord que parmi les femmes en union, 71 % décident seules de l'utilisation de leurs gains, dans 24 % des cas, elles décident avec leur mari ; dans 1 % des cas, les femmes ont décidé avec quelqu'un ; une très faible proportion (moins d'un pour cent) n'est pas impliquée dans la décision et enfin 3 % des femmes en union ont déclaré que c'est le mari seul qui décide. Par comparaison, parmi les femmes qui ne sont pas en union, une proportion légèrement supérieure à celle en union (79 % contre 71 %) décide seule de l'utilisation de leurs gains. Cependant, on remarque que dans 12 % des cas, les femmes qui ne sont pas en union ont laissé quelqu'un d'autre décider de la façon utiliser leur argent. D'autre part, les résultats montrent que quel que soit l'état matrimonial, quand les femmes n'affectent rien ou presque rien de leurs revenus aux dépenses du ménage, la quasi-totalité décide seule de l'utilisation de ses gains (93 % pour les femmes en union et 96 % pour celles qui ne le sont pas). Par contre, parmi les femmes en union qui couvrent toutes les dépenses du ménage avec leurs gains, on constate que dans 25 % des cas, le mari est associé à la décision d'utilisation de cet argent ; parmi les femmes qui ne sont pas union, on constate la même situation, sauf que dans ce cas, ce n'est pas le mari mais quelqu'un d'autre qui est impliqué dans la décision (10 %) et dans 24 % des cas, la décision est prise par quelqu'un d'autre seul. Ces résultats montrent que plus la femme contribue financièrement aux dépenses du ménage et plus la décision d'utilisation de ses revenus est une décision conjointe, avec son mari quand elle est mariée et avec quelqu'un d'autre quand elle ne l'est pas.

Tableau 3.9 Contrôle du revenu des femmes

Répartition (en %) des femmes qui gagnent de l'argent pour leur travail ou qui en ont gagné au cours des 12 derniers mois en fonction de la personne qui décide de son utilisation et en fonction de l'état matrimonial, selon la proportion dépensée pour les charges du ménage, EPSF Maroc 2003-04

Contribution aux dépenses du ménage	Mariées								Non mariées[1]					
	Elle-même	Avec mari	Avec quelqu'un d'autre	Mari seul	Quelqu'un d'autre seul	ND	Total	Effectif	Elle-même	Avec quelqu'un d'autre	Quelqu'un d'autre seul	ND	Total	Effectif[2]
Pratiquement aucune	93,0	3,2	1,8	0,9	1,1	0,0	100,0	93	96,3	2,1	1,6	0,0	100,0	299
Moins de la moitié	86,2	12,2	0,0	1,6	0,0	0,0	100,0	95	92,4	3,8	3,7	0,0	100,0	272
Au moins la moitié	64,2	30,8	1,6	2,5	0,9	0,0	100,0	356	76,3	14,3	9,2	0,3	100,0	601
Toute	68,2	24,8	1,3	4,7	0,8	0,2	100,0	507	66,3	10,0	23,6	0,0	100,0	589
Ensemble	70,6	23,8	1,3	3,3	0,8	0,1	100,0	1 050	78,8	9,2	11,9	0,1	100,0	1 763

[1] Femmes célibataires divorcées séparées ou veuves.
[2] Comprend un cas non déclaré.

3.4.3 Participation des femmes en ce qui concerne certaines prises de décision dans le ménage

Pour évaluer le rôle et le niveau d'implication des femmes dans les prises de décision au niveau du ménage, on a posé à toutes les femmes des questions pour savoir qui de l'enquêtée ou de quelqu'un

d'autre avait le dernier mot dans certaines décisions. Les résultats sont présentés au tableau 3.10, selon l'état matrimonial de la femme. Dans l'ensemble, mis à part la préparation des repas quotidiens pour lesquels 63 % des femmes mariées ont déclaré décidé seules, les décisions dans le ménage sont prises conjointement avec le mari ; dans 3 % des cas la décision est prise, par le mari seul ; concernant les propres soins de santé de l'enquêtée, deux femmes sur cinq (40 %) ont déclaré avoir décidé avec leur mari mais dans 33 % des cas, c'est le mari seul qui a eu le dernier mot. Quand il s'agit des visites à la famille ou aux proches, seulement 9 % des femmes ont déclaré avoir décidé elles-mêmes ; par contre, 48 % ont décidé conjointement avec leur mari, mais dans 29 % des cas, le dernier mot est revenu au mari (tableau 3.10 et graphique 3.4).

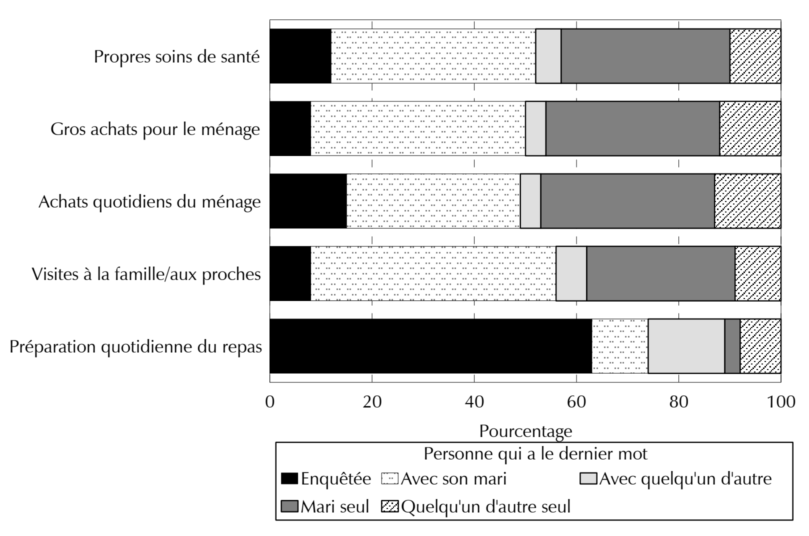
Tableau 3.10 Participation des femmes dans la prise de décision

Répartition (en %) des femmes en fonction de la personne qui a le dernier mot pour certaines prises de décision, selon l'état matrimonial et le type de décision, EPSF Maroc 2003-04

Type de décision	Mariées								Non mariées[1]						
	Enquêtée elle-même	Avec son mari	Avec quel-qu'un d'autre	Mari seul	Quel-qu'un d'autre seul	Aucune décision prise/ NA	Total	Effectif	Enquêtée elle-même	Avec quel-qu'un d'autre	Quel-qu'un d'autre seul	Aucune décision prise/ NA	ND	Total	Effectif
Propres soins de santé	12,1	40,3	4,1	33,1	10,2	0,2	100,0	8 782	12,1	14,1	73,4	0,3	0,1	100,0	8 016
Achats importants pour le ménage	8,7	41,6	4,1	33,7	12,0	0,0	100,0	8 782	8,2	17,1	74,5	0,1	0,1	100,0	8 016
Achats quotidiens pour le ménage	15,4	33,5	3,6	34,4	13,0	0,0	100,0	8 782	8,4	13,0	78,3	0,2	0,1	100,0	8 016
Visites à la famille ou aux proches	8,6	47,7	5,8	28,8	8,8	0,2	100,0	8 782	11,7	21,6	66,2	0,4	0,1	100,0	8 016
Préparation quotidienne des repas	62,9	10,7	15,2	3,3	7,8	0,0	100,0	8 782	15,9	28,9	54,7	0,3	0,1	100,0	8 016

[1] Femmes célibataires, divorcées, séparées ou veuves.

Graphique 3.4 **Répartition des femmes mariées selon la personne qui a le dernier mot concernant certaines prises de décisions**



En ce qui concerne les femmes qui ne sont pas en union, on constate que, mis à part la préparation des repas quotidiens et les visites à la famille, dans les trois-quarts des cas, les décisions sont prises par une autre personne seule. Plus des trois-quarts des femmes qui ne sont pas en union (78 %) ont déclaré que la décision concernant les achats quotidiens du ménage était prise par une autre personne seule. De même, dans 66 % des cas, c'est une autre personne seule qui a le dernier mot en ce qui concerne les visites à la famille ou aux proches.

Le tableau 3.11 présente la répartition de toutes les femmes selon leur niveau d'implication dans certaines prises de décision au niveau du ménage par caractéristiques socio-démographiques. Il faut tout d'abord souligner qu'un quart des femmes (25 %) ont déclaré ne participer à aucune prise de décision ; Il s'agit surtout des jeunes filles de 15-19 ans (55 %), des célibataires (47 %), des femmes sans enfant (43 %). À l'opposé, un peu moins d'un tiers des femmes (30 %) participent, seules ou conjointement avec quelqu'un d'autre, à toutes les prises de décision ; on constate que plus la femme avance en âge, plus elle est sollicitée : on remarque cependant que c'est dans la décision concernant la préparation du repas

Tableau 3.11 Participation des femmes dans la prises de décision selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Pourcentage de femmes qui déclarent avoir le dernier mot seule ou en commun avec quelqu'un pour certaines prises de décision, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	Décide seule ou en commun avec quelqu'un de : Propres soins de santé	Achats importants pour le ménage	Achats quotidiens pour le ménage	Visites à la famille ou aux proches	Préparation quotidienne des repas	Toutes les décisions citées	Aucune des décisions citées	Effectif de femmes
Âge								
15-19	13,6	13,6	10,4	22,2	35,0	7,2	55,3	3 295
20-24	27,3	26,8	22,2	34,6	55,9	17,0	34,8	3 011
25-29	39,9	39,4	36,3	47,0	69,1	26,9	22,2	2 584
30-34	51,9	48,9	46,4	57,6	80,0	38,0	13,3	2 245
35-39	60,4	56,4	54,5	64,8	83,8	45,1	10,2	2 055
40-44	64,6	62,2	60,2	69,6	89,7	50,6	5,8	1 921
45-49	66,1	63,6	62,7	69,7	90,7	52,6	5,5	1 687
État matrimonial								
Célibataire	20,7	20,3	16,1	28,4	40,5	10,9	46,7	7 074
Mariée	56,5	54,3	52,5	62,2	88,8	43,1	8,2	8 782
Divorcée/séparée/veuve	67,3	62,8	61,4	70,1	77,3	56,0	14,2	942
Nombre d'enfants vivants								
0	24,1	23,7	19,4	31,6	45,6	14,1	42,6	8 217
1-2	57,4	55,2	52,4	62,6	84,4	42,8	10,9	3 573
3-4	62,4	59,5	58,5	66,9	92,8	49,4	5,1	2 817
5+	58,3	55,1	55,0	64,1	92,2	46,0	5,4	2 190
Milieu de résidence								
Urbain	49,0	48,1	45,0	54,3	65,4	35,5	24,9	10 159
Rural	31,4	28,8	26,5	39,3	71,5	22,2	24,5	6 639
Niveau d'instruction								
Aucune instruction	43,7	40,5	39,3	49,9	77,6	32,7	18,2	8 406
Primaire	38,9	38,2	35,3	44,6	65,7	27,8	27,2	3 317
Secondaire ou plus	37,4	38,6	33,3	45,0	52,1	25,4	36,4	4 189
Emploi								
Ne travaille pas actuellement	38,9	37,5	35,2	45,9	68,8	28,3	25,4	13 399
Travail payé	60,3	58,5	52,9	62,2	61,9	41,9	22,0	2 651
Travail non payé	33,5	29,8	27,8	43,6	72,4	23,7	22,3	724
ND	42,2	42,2	42,2	53,2	67,4	42,2	25,2	24
Quintile de bien-être								
Le plus pauvre	30,4	27,3	25,7	40,6	72,5	22,0	23,6	2 959
Second	35,4	32,8	30,1	40,8	70,3	25,0	25,0	3 145
Moyen	44,7	42,7	41,3	48,5	70,5	33,2	23,9	3 380
Quatrième	46,3	45,8	42,5	52,2	64,0	33,2	25,8	3 600
Le plus riche	50,5	50,2	45,6	57,2	63,4	35,8	25,1	3 714
Ensemble	42,1	40,5	37,7	48,4	67,8	30,3	24,7	16 798

quotidien, tâche traditionnellement dévolue aux femmes, qu'elle est le plus impliquée (plus de 80 % à partir de 35 ans). Par comparaison, en ce qui concerne ses propres soins de santé, la proportion de femmes de 40-44 ans qui ont le dernier mot n'est que de 65 % ; dans ce même groupe d'âges, on constate que 60 % décident seules ou conjointement avec quelqu'un d'autre pour tout ce qui concerne les achats quotidiens contre seulement 36 % à 25-29 ans.

Les résultats selon l'état matrimonial montrent que les femmes en rupture d'union (56 %) sont plus fréquemment impliquées dans les prises de décisions que les femmes en union (43 %) et surtout que les célibataires (11 %). Ce résultat peut s'expliquer par la situation des femmes qui, n'étant plus en union, sont probablement chefs de ménages, avec éventuellement des enfants à charge. Les femmes célibataires qui vivent éventuellement avec leurs parents et/proches ne sont pas aussi impliquées dans la prise de décision ; quant aux femmes en union, les résultats des tableaux précédents ont montré qu'il était relativement fréquent que le dernier mot revienne au mari. Le niveau de participation des femmes dans la prise de décision croît avec le nombre d'enfants vivants, résultat qui paraît cohérent avec les résultats précédents.

Selon le milieu de résidence, on remarque que la proportion de femmes associées à toutes les décisions citées est plus élevée en urbain qu'en rural (36 % contre 22 %). Cela est vrai quelle que soit la décision sauf en matière de nourriture à préparer pour la journée. Par contre en ce qui concerne le niveau d'instruction, on remarque, paradoxalement, que ce sont les femmes sans instruction qui sont les plus fréquemment impliquées dans les prises de décisions (33 % contre 28 % pour le niveau d'instruction primaire et 25 % pour le secondaire ou plus), cela quelle que soit la décision.

Selon les régions, on note certaines disparités : c'est dans la région de Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra qu'on constate la proportion la plus élevée de femmes qui ont déclaré avoir le dernier mot, seules ou de manière conjointe, dans toutes les décisions citées (66 %). Dans cette région, 75 % des femmes décident en dernier ressort en ce qui concerne leurs propres soins de santé. À l'opposé, c'est dans les régions de Chaouia-Ouardigha (20 %) et de Doukkala-Abda (21 %) que les proportions de femmes qui ont déclaré décider en dernier ressort sont les plus faibles (voir Annexe D).

Selon l'emploi, on note que ce sont les femmes qui exercent un travail payé qui participent le plus à la prise de décision (sauf en matière de préparation des repas). Quelle que soit la décision, leur proportion avoisine pratiquement 60 %.

3.5 OPINION DES FEMMES SUR LA VIOLENCE CONJUGALE

Au cours de l'enquête, on a demandé aux femmes si elles pensaient que pour certaines raisons qui étaient citées, il était justifié qu'un homme batte son épouse ou partenaire. Le tableau 3.12 présente les pourcentages de femmes qui sont d'accord avec certaines raisons justifiant qu'un mari batte sa femme. Ces résultats sont présentés en fonction de certaines caractéristiques socio-démographiques. Globalement, près des deux tiers (64 %) des femmes sont d'accord avec au moins l'une des raisons citées et à l'opposé, un peu moins de quatre femmes sur dix n'approuvent pas du tout ce type de comportement. Il semble donc selon ces résultats qu'une grande partie des femmes marocaines adhèrent toujours à certaines normes traditionnelles selon lesquelles le rôle de la femme reste subordonné à celui de l'homme. La proportion de femmes qui approuve au moins une raison justifiant ce comportement du mari augmente à partir de 40 ans (65 % et 68 % à 45-49 ans) ; les femmes en union sont plus fréquemment d'accord avec cette opinion que les autres (68 % contre 65 % pour celles en rupture d'union et 58 % pour les célibataires). En milieu rural, les femmes ont déclaré plus fréquemment qu'en urbain approuver ce comportement du mari dans au moins une situation (82 % contre 52 %) ; de même, 79 % de celles sans instruction, 86 % de celles qui effectuent un travail non payé et 74 % des femmes qui ont le dernier mot dans seulement 1 ou 2 décisions approuvent ce comportement du mari vis-à-vis de sa femme pour au moins une des raisons citées.

Dans environ la moitié des cas, les femmes pensent qu'il est justifié qu'un mari batte son épouse quand celle-ci discute ses opinions (51 %), quand elle sort sans le lui dire (50 %) et quand elle néglige les enfants (49 %). En outre, pour 43 % des femmes, ce comportement du mari est justifié quand la femme refuse les rapports sexuels avec lui. Brûler la nourriture ne justifie ce comportement que pour 24 % des femmes.

Tableau 3.12 Opinion des femmes concernant le fait qu'un mari batte sa femme

Pourcentage de femmes qui pensent qu'il est justifié que dans certaines circonstances un mari batte sa femme, selon certaines caractéristiques, socio-démographiques, EPSF Maroc 2003

	Pense qu'il est justifié qu'un mari batte sa femme quand :						
Caractéristique socio-démographique	Elle brûle la nourriture	Elle discute ses opinions	Elle sort sans le lui dire	Elle néglige les enfants	Elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui	D'accord avec au moins une des raisons mentionnées	Effectif de femmes
Âge							
15-19	22,9	50,6	46,7	49,6	36,8	63,9	3 295
20-24	23,1	49,2	49,9	50,2	41,4	63,1	3 011
25-29	23,4	50,7	50,5	48,1	40,9	63,2	2 584
30-34	22,3	49,2	49,1	48,4	42,8	62,7	2 245
35-39	23,0	49,0	47,9	47,4	44,4	62,1	2 055
40-44	24,6	52,7	51,0	48,3	47,9	65,2	1 921
45-49	27,7	56,1	53,9	54,4	52,0	68,2	1 687
État matrimonial							
Célibataire	20,4	44,1	42,2	44,1	34,6	58,2	7 074
Mariée	25,7	55,9	55,0	53,4	48,5	68,3	8 782
Divorcée séparée veuve	28,9	53,3	54,0	51,6	51,3	64,9	942
Nombre d'enfants vivants							
0	21,1	45,7	44,1	45,2	36,2	59,5	8 217
1-2	21,6	49,0	49,0	47,9	41,0	61,5	3 573
3-4	24,2	54,5	53,4	52,1	48,9	67,1	2 817
5+	35,7	68,0	65,9	63,8	62,7	79,9	2 190
Milieu de résidence							
Urbain	12,4	37,9	34,6	35,9	30,3	52,1	10 159
Rural	40,8	70,5	72,4	70,0	61,9	81,9	6 639
Niveau d'instruction							
Aucune instruction	36,4	66,1	67,5	65,3	58,9	78,5	8 406
Primaire	19,5	52,0	49,6	49,3	40,6	65,9	3 317
Secondaire	6,0	27,7	22,6	25,7	19,3	42,0	4 189
Secondaire ou plus	1,1	9,8	6,5	10,6	9,4	20,8	886
Emploi							
Ne travaille pas actuellement	24,0	52,2	51,2	50,7	43,5	65,5	13 399
Travail payé	15,8	36,4	33,5	35,4	32,3	49,6	2 651
Travail non payé	46,5	76,0	76,9	75,3	68,7	85,7	724
ND	*	*	*	*	*	*	24
Nombre de décisions prises par la femme							
0	25,8	50,1	48,4	48,9	40,3	63,1	4 154
1-2	29,3	59,9	59,0	59,2	50,9	73,5	5 537
3-4	16,2	47,2	43,1	43,2	39,1	60,3	2 023
5	18,7	42,8	42,8	41,4	37,5	55,4	5 084
Quintile de bien-être							
Le plus pauvre	49,6	76,9	78,9	76,2	67,8	86,9	2 959
Second	36,1	67,0	68,9	66,9	57,8	79,9	3 145
Moyen	20,4	53,3	51,8	51,3	45,5	67,4	3 380
Quatrième	12,7	38,9	35,0	36,3	30,9	54,1	3 600
Le plus riche	6,0	25,4	21,7	24,1	19,3	38,3	3 714
Ensemble	23,6	50,8	49,5	49,4	42,8	63,9	16 798

[1] Soit seule ou en commun avec quelqu'un d'autre
* Basé sur trop peu de cas non pondérés

3.6 ATTITUDE DES FEMMES ENVERS LE REFUS D'AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LEUR MARI

Du fait des rôles impartis et des droits assignés à chaque genre dans la plupart des sociétés, il est généralement peu admis qu'une épouse refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari. Pour évaluer le rejet ou l'adhésion des femmes à ces normes traditionnelles, on leur a demandé si elles pensaient qu'il était justifié que pour certaines raisons citées, une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari. Le tableau 3.13 présente les pourcentages de femmes non célibataires qui approuvent ou non certaines raisons justifiant qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari. Seulement 3 % des femmes sont en désaccord avec toutes les raisons citées et considèrent donc qu'en aucune circonstance, une femme peut refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari, ce qui dénote de nouveau une adhésion aux normes traditionnelles qui définissent les rôles respectifs de chaque genre. À l'oppose, pour 28 % des femmes, il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari, cela quelle que soit la raison citée. Cette proportion ne varie pas de manière régulière avec l'âge de la femme. Les résultats selon Ie milieu de résidence font apparaître un léger écart (33 % en urbain contre 25 % en rural). En fonction du niveau d'instruction, on constate que ce sont les femmes les plus instruites qui approuvent Ie plus fréquemment I'opinion selon laquelle il est justifié, quelle que soit la raison citée, qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari (33 % contre 30 % pour Ie niveau primaire et 26 % pour celles sans instruction). Les résultats concernant l'emploi montrent que ce sont les femmes effectuant un travail payé qui sont, en proportion, les plus nombreuses à penser que Ie refus d'avoir des rapports sexuels avec son mari se justifie quelle que soit la raison (35 % contre 27 % parmi celles qui ne travaillent pas ou qui effectuent un travail non payé). Le nombre de décisions auxquelles la femme est associée semble influencer I'opinion de la femme de manière paradoxale puisque 29 % des femmes impliquées dans 5 décisions pensent qu'une femme peut refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari quelle qu'en soit la raison contre 35 % quand la femme n'a été impliquée dans aucune décision.

En fonction des différentes raisons, on remarque que pour la quasi-majorité des femmes, (94 %), il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand elle sait que celui-ci a contracté une infection sexuellement transmissible (1ST). En outre, dans 91 % des cas, les femmes admettent que cette attitude est justifiée quand la femme sait que son mari a des rapports sexuels avec d'autres femmes. Ces proportions sont élevées quelles que soient les caractéristiques socio-démographiques des femmes. En outre, pour plus de la moitié des femmes (59 %), il est admissible qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand elle n'en éprouve pas le désir ou qu'elle est fatiguée et dans 39 % des cas, cette attitude est justifiée quand la femme vient d'accoucher.

Tableau 3.13 Opinion des femmes non-célibataires concernant le refus d'avoir des rapports sexuels avec le conjoint

Pourcentage de femmes qui pensent qu'il est justifié que, dans certaines circonstances, une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003

	Pense qu'il est justifié de refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand :						
Caractéristique socio-démographique	Elle sait que son mari a une IST	Elle sait que son mari a des rapports sexuels avec d'autres femmes	Elle a accouché récemment	Elle est fatigué ou n'est pas d'humeur	D'accord avec toutes les raisons mentionnées	N'est d'accord avec aucune des raisons mentionnées	Effectif de femmes
Âge							
15-19	94,8	89,5	39,2	56,3	27,5	2,7	363
20-24	94,9	91,1	41,2	58,3	30,8	2,1	1 154
25-29	95,3	92,4	38,4	59,2	27,5	1,8	1 533
30-34	94,2	91,5	38,3	58,9	28,4	2,4	1 642
35-39	94,6	90,2	39,7	60,3	28,6	2,9	1 719
40-44	94,0	90,2	38,1	58,4	27,8	2,5	1 704
45-49	92,5	88,6	36,2	57,6	25,8	3,9	1 609
État matrimonial							
Mariée	94,3	90,8	38,4	58,8	27,9	2,5	8 782
Divorcée/séparée et veuve	93,8	88,4	39,6	58,4	29,3	3,4	942
Nombre d'enfants vivants							
0	95,3	90,9	39,2	57,3	27,2	1,9	1 143
1-2	95,2	92,0	40,4	60,5	30,2	2,2	3 573
3-4	95,1	91,9	38,2	60,3	28,4	2,2	2 817
5+	91,0	86,3	35,5	54,4	24,2	4,2	2 190
Milieu de résidence							
Urbain	95,7	92,5	39,9	61,8	29,8	2,1	5 651
Rural	92,2	87,9	36,7	54,4	25,4	3,4	4 073
Niveau d'instruction							
Aucune instruction	92,7	88,8	36,9	55,8	26,0	3,4	6 160
Primaire	96,5	93,0	39,2	63,5	29,8	1,4	1 714
Secondaire et plus	97,3	94,4	43,5	64,1	33,0	1,2	1 850
Emploi							
Ne travaille pas actuellement	94,4	90,7	37,3	58,5	26,9	2,5	8 007
Travail payé	95,2	92,0	44,2	63,5	34,9	3,0	1 315
Travail non payé	87,6	83,1	45,4	48,2	27,2	3,1	386
ND	*	*	*	*	*	*	15
Nombre de décisions prises par la femme							
0	93,4	91,7	44,9	55,9	34,6	2,7	850
1-2	93,0	87,5	39,9	57,9	26,2	2,9	3 104
3-4	94,0	90,9	38,3	61,7	25,2	2,6	1 454
5	95,4	92,4	36,4	58,8	28,9	2,4	4 315
Nombre de raisons justifiant qu'un homme batte sa femme							
0	96,1	93,5	39,0	62,7	30,6	2,1	3 114
1-2	94,7	90,5	38,0	57,6	25,2	1,7	1 719
3-4	94,1	89,4	36,2	55,6	25,0	2,3	2 742
5	91,3	87,8	41,4	57,9	30,4	4,4	2 148
Quintile de bien-être							
Le plus pauvre	91,0	86,8	38,2	53,9	28,8	4,4	1 837
Second	93,5	89,5	37,8	56,9	26,0	2,3	1 935
Moyen	94,6	90,7	36,5	59,0	25,8	2,6	2 035
Quatrième	95,9	92,2	38,4	61,1	27,4	1,9	1 939
Le plus riche	95,9	93,5	41,8	62,3	32,0	2,0	1 978
Ensemble	94,2	90,6	38,5	58,7	28,0	2,6	9 724

[1] Soit seule ou en commun avec quelqu'un d'autre
* Basé sur trop peu de cas non pondérés

FÉCONDITÉ 4

Dr Mohamed Ayad

L'un des objectifs de l'EPSF 2003-04 est de fournir les indicateurs sur les niveaux et tendances de la fécondité, et d'étudier leurs variations selon les caractéristiques socio-démographiques de la femme telles que l'âge, le milieu de résidence, la région de résidence et le niveau d'instruction.

Afin d'atteindre cet objectif, des informations ont été collectées sur l'histoire génésique des femmes âgées de 15-49 ans au moment de l'enquête : l'enquêtrice interrogeait la femme non célibataire sur le nombre total d'enfants qu'elle avait eus, en distinguant les garçons des filles, ceux vivant avec leur mère de ceux vivant ailleurs et ceux encore en vie de ceux décédés. Ensuite, l'enquêtrice reconstituait l'historique complet des naissances de l'enquêtée, de la plus ancienne à la plus récente, en enregistrant, pour chacune d'entre elles le type de naissance (simple ou multiple), le sexe, la date de naissance et l'état de survie. Pour les enfants encore en vie, elle enregistrait leur âge au moment de l'enquête et distinguait ceux vivant avec la mère de ceux vivant ailleurs ; pour les enfants décédés, elle enregistrait l'âge au décès.

Par ailleurs, un contrôle de cohérence était effectué par l'enquêtrice entre le nombre total d'enfants déclarés (vivants, décédés) et celui obtenu à partir de l'historique des naissances pour corriger d'éventuelles erreurs.

Malgré les multiples contrôles de cohérence effectués lors de la collecte, les données sur les naissances sont sujettes aux différents types d'erreurs inhérentes aux enquêtes rétrospectives. Il s'agit notamment :

- du sous enregistrement des naissances, en particulier l'omission (volontaire ou involontaire) d'enfants qui meurent très jeunes, quelques heures ou quelques jours seulement après la naissance, ce qui peut entraîner une sous-estimation des niveaux de fécondité ;

- de l'imprécision des déclarations de dates de naissance ou d'âges, en particulier l'attraction pour des années de naissance ou pour des âges ronds, ce qui peut entraîner des sous-estimations ou des surestimations de la fécondité à certains âges et à certaines périodes.

Par ailleurs, au début des travaux de collecte, on observe souvent certains déplacements de dates de naissance d'enfants nés durant les six années ayant précédé l'enquête (ou depuis janvier 1998 dans le cas du Maroc) vers les années précédentes. Ces déplacements d'année de naissance sont souvent effectués volontairement par les enquêtrices pour diminuer leur charge de travail. Ainsi, elles évitent de poser les questions sur la santé des enfants (section 4 du questionnaire), de remplir le calendrier et de prendre les mesures anthropométriques des enfants concernés. Ces déplacements interviennent plus fréquemment quand la mère ne connaît pas avec certitude la date de naissance de son enfant ou quand l'enfant est décédé. Dans le cas de l'EPSF, la quasi-totalité des femmes enquêtées semblent connaître la date de naissance de leurs enfants[1]. Par ailleurs, il semble n'y avoir eu que de légers transferts de naissances de

[1] À l'Annexe C, le tableau C.4 montre que pour la période 1999-2003, 99,8 % des enfants nés vivants ont une date de naissance complète (99,9 % pour les enfants survivants et 98,5 % pour les enfants décédés).

1999 et 1998 sur celles de 1997[2], et ces déplacements ne devraient pas affecter la mesure de la fécondité actuelle.

4.1 NIVEAU DE LA FÉCONDITÉ ET FÉCONDITÉ DIFFÉRENTIELLE

Le niveau actuel de la fécondité ainsi que ses variations différentielles sont mesurés par les taux de fécondité générale par âge et l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) ou somme des naissances réduites. Les taux de fécondité par âge sont calculés en rapportant les naissances issues de chaque groupe d'âges à l'effectif des femmes de ce groupe. Ils constituent des mesures fiables et courantes de la fécondité. Quant à l'ISF, qui est un indice du moment, il est calculé à partir du cumul des taux de fécondité par âge. Il correspond au nombre moyen d'enfants qu'aurait une femme à la fin de sa vie si elle avait, à chaque âge, la fécondité par âge d'une période considérée, ici la période des trois années ayant précédé l'enquête. Cette période de référence de trois ans a été retenue afin de pouvoir calculer les indicateurs de fécondité les plus récents possibles, tout en disposant d'un nombre suffisant de cas pour réduire au maximum les erreurs de sondage.

Les taux de fécondité par âge, présentés au tableau 4.1 et au graphique 4.1 reflètent le schéma d'une fécondité en pleine transition. Par exemple, au niveau national, le taux de fécondité est extrêmement faible à 15-19 ans avec 32 ‰, puis augmente avec l'âge, passant de 104 ‰ pour le groupe d'âges 20-24 ans à un maximum de seulement 125 ‰ pour le groupe d'âges 30-34 ans. Une baisse sensible de la fécondité intervient à 35-39 ans où le taux passe à 78 ‰. À 40-44 ans, le taux est de 28 ‰, et à 45-49 ans, il n'est plus que de 5 ‰. L'ISF est estimé à 2,5 enfants par femme.

Tableau 4.1 Fécondité actuelle

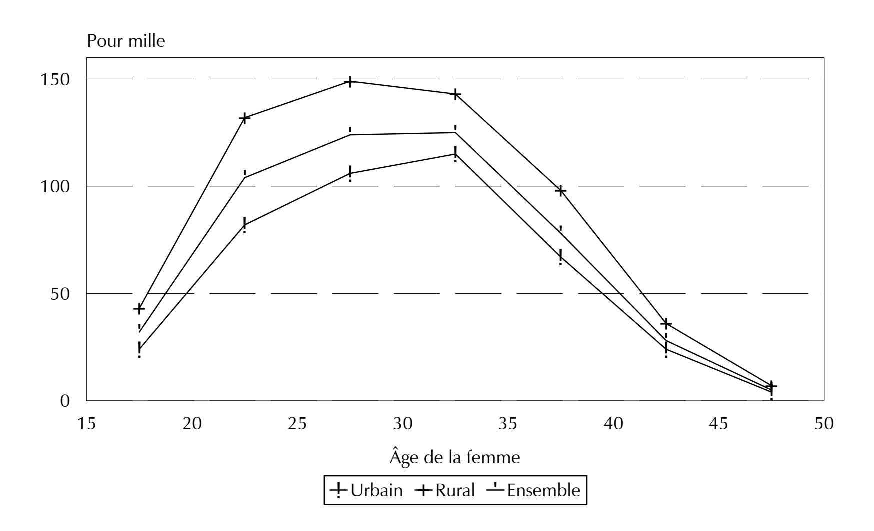
Taux de fécondité par âge, indice synthétique de fécondité (ISF), taux brut de natalité (TBN) et taux global de fécondité générale (TGFG) pour la période des trois années précédant l'enquête, selon le milieu de résidence, EPSF Maroc 2003-04

Groupe d'âges	Milieu de ésidence		Total
	Urbain	Rural	
15-19	24	43	32
20-24	82	132	104
25-29	106	149	124
30-34	115	143	125
35-39	67	98	78
40-44	24	36	28
45-49	4	7	5
ISF 15-49 (pour 1 femme)	2,1	3,0	2,5
TGFG (pour 1000)	69	101	81
TBN (pour 1000)	18,7	24,3	21,1

Note : Les taux du groupe d'âges 45-49 ans peuvent êtres légèrement biaisés du fait de données incomplètes pour ce groupe d'âges

[2] À l'Annexe C, le tableau C.4 fournit également la distribution des naissances par année de naissance. Le rapport de naissances annuelles (rapport des naissances d'année x à la demi somme des naissances des années précédentes et suivantes, soit $N_x /[(N_{x-1} + N_{x+1})/ 2]$, rend compte des déplacements d'années de naissance. Le rapport semble indiquer un manque minime de naissances en 1998 (rapport=95,6<100) et en 1999 (rapport=97,2<100) et un excédent limité en 1997 (rapport=107,7>100).

Graphique 4.1 **Taux de fécondité générale par âge selon le milieu de résidence**



On remarque également, à tous les âges, des différences significatives de niveau de fécondité selon le milieu de résidence. L'ISF qui est de 2,5 enfants par femme pour l'ensemble du pays, varie de 2,1 en milieu urbain à 3,0 en milieu rural. Cela signifie que, si les niveaux actuels de fécondité se maintenaient invariables, les femmes résidant en milieu rural auraient, en fin de vie féconde, 0,9 enfant de plus que celles résidant en milieu urbain. Il faut noter que la fécondité des femmes urbaines se situe au niveau de remplacement. Au-dessous de ce niveau, le renouvellement des générations en milieu urbain ne sera plus assuré.

Par ailleurs, au niveau national, le Taux Global de Fécondité Générale (TGFG), c'est-à-dire le nombre annuel moyen de naissances vivantes dans la population des femmes en âge de procréer est de 81 ‰ (69 ‰ en milieu urbain et 101 ‰ en milieu rural). Le Taux Brut de Natalité (TBN), c'est-à-dire le nombre annuel moyen de naissances vivantes dans la population totale, est de 21 ‰ pour l'ensemble du pays.

Le niveau de fécondité présente des variations assez nettes, que ce soit selon le milieu de résidence des femmes que selon certaines de leurs caractéristiques socio-démographiques. Au tableau 4.2, on peut voir que l'ISF du milieu rural est nettement plus élevé que celui du milieu urbain, comme nous l'avons signalé précédemment. En ce qui concerne la région de résidence, le niveau maximum de fécondité observé à Doukkala-Abda et à Tanger-Tétouan (3,1 enfants) est de 72 % plus élevé que le niveau minimum observé au Grand Casablanca (1,8 enfants). Par ailleurs, Il faut noter que sur l'ensemble des régions, seules six régions ont un niveau de fécondité inférieur au niveau national.

Tableau 4.2 Fécondité par caractéristiques socio-démographiques

Indice synthétique de fécondité pour les trois années précédant l'enquête, proportion de femmes actuellement enceintes et nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes de 40-49 ans, par caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristiques socio-démographiques	Indice synthétique de fécondité[1]	Pourcentage de femmes actuellement enceintes	Nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes de 40-49 ans
Milieu de résidence			
Urbain	2,1	3,0	3,8
Rural	3,0	5,5	5,7
Région			
Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra Guelmim-Es-Smara[2]	2,9	5,4	5,2
Souss-Massa-Draâ	2,4	3,5	4,7
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	2,6	4,6	5,2
Chaouia-Ouardigha	2,7	4,0	4,2
Marrakech-Tensift-Al Haouz	2,7	4,6	4,8
Oriental	2,2	4,4	4,3
Grand -Casablanca	1,8	2,9	3,2
Rabat-Salé -Zemmour-Zaër	2,3	2,6	3,6
Doukkala -Abda	3,1	5,6	4,4
Tadla-Azilal	2,3	5,6	4,6
Meknès-Tafilalet	2,2	4,1	4,7
Fès-Boulmane	2,6	3,8	4,5
Taza-Al Hoceima-Taounate	2,8	4,2	5,8
Tanger-Tétouan	3,1	4,1	5,9
Niveau d'instruction			
Aucune	3,0	5,0	5,1
Primaire	2,3	3,7	3,5
Secondaire ou plus	1,8	2,7	2,3
Quintile de bien-être			
Le plus pauvre	3,3	6,3	6,0
Second	3,1	4,6	5,5
Moyen	2,5	4,3	4,5
Quatrième	1,8	3,0	3,8
Le plus riche	1,9	2,5	3,4
Ensemble	2,5	4,0	4,5

[1] Indice synthétique pour les femmes âgées de 15-49

[2] Les données des deux régions Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra et Guelmim-Es Smara sont combinées vu l'effectif réduit de leur échantillon.

Concernant le niveau d'instruction, le tableau 4.2 met en évidence une diminution de la fécondité avec l'augmentation du niveau d'instruction, la fécondité étant d'autant plus faible que le niveau d'instruction est élevé. Cela apparaît assez nettement dans les valeurs de l'ISF qui varient de 3,0 enfants pour les femmes sans instruction, à 2,3 pour les femmes d'instruction primaire et à 1,8 pour les femmes ayant un niveau secondaire ou plus. Selon les quintiles de bien-être, on constate que l'ISF baisse en fonction du niveau économique du ménage, passant de 3.3 enfants pour les femmes appartenant aux

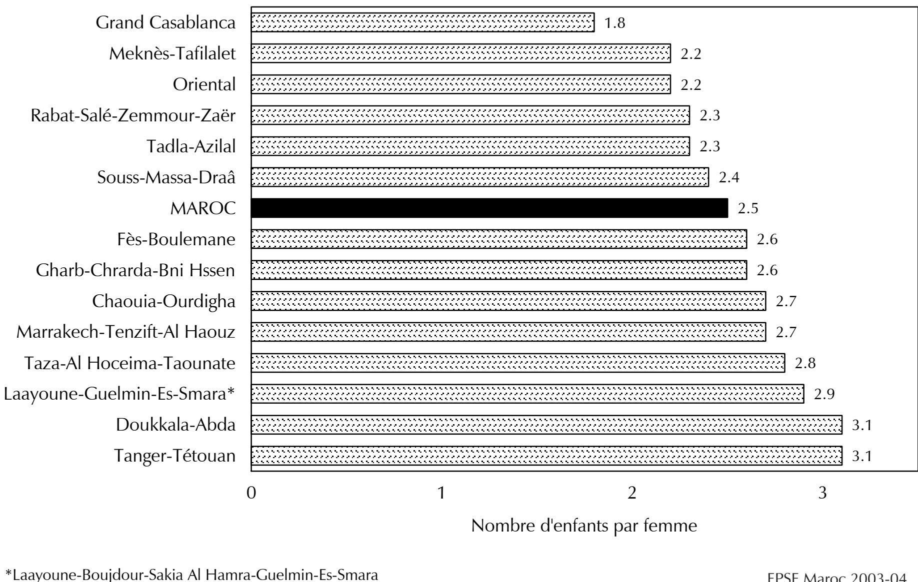
ménages les plus pauvres à 2.5 enfants pour celles des ménages de condition moyenne et à 1.9 enfants pour les femmes des ménages les plus aisés.

Au tableau 4.2 figure également le nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes de 40-49 ans. Contrairement à l'ISF qui mesure la fécondité actuelle ou du moment, le nombre moyen, qui est assimilé à une descendance finale, est le résultat de la fécondité passée des femmes enquêtées qui ont atteint 40-49 ans. Dans une population où la fécondité est entrée dans une phase de transition, cette descendance est largement supérieure à l'ISF.

L'écart entre les deux indicateurs de fécondité se vérifie quel que soit le milieu de résidence, la région, le niveau d'instruction ou l'indice de bien-être. Par exemple, on constate que selon le milieu de résidence, l'ISF en milieu urbain (2,1 enfants par femme) est inférieur de près de 45 % à la descendance (3.8 enfants), et dans le cas des femmes du milieu rural, l'ISF (3,0) est inférieur de 47 % à la descendance (5,7 enfants).

Le tableau 4.2 donne enfin le pourcentage de femmes qui se sont déclarées enceintes au moment de l'enquête. Il faut préciser ici qu'il ne s'agit pas de la proportion exacte de femmes qui sont enceintes, dans la mesure où les enquêtées qui sont en début de grossesse et ne savent pas qu'elles sont enceintes, n'ont pas déclaré leur état. Néanmoins, on peut relever que cette proportion, estimée à 4 % au niveau national, varie dans le même sens que l'ISF selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et l'indice de bien-être.

Graphique 4.2 **Indice synthétique de fécondité par région**



4.2 TENDANCES DE LA FÉCONDITÉ

Au Maroc, en plus des recensements, plusieurs opérations d'envergure nationale ont été réalisées depuis le début des années 60 au cours desquelles l'estimation du niveau de la fécondité était une des priorités. Parmi ces différentes opérations, figurent l'Enquête à Objectifs Multiples (EOM) de 1962, l'Enquête Nationale sur la Fécondité et la Planification Familiale (ENFPF) de 1979-1980, l'Enquête Nationale Démographique à Passages Répétés (ENDPR) de 1986-1988, l'Enquête Nationale sur la

Planification Familiale, et la Santé de la Population (ENPS-I) de 1987, l'Enquête Nationale sur la Population et la Santé (ENPS-II) de 1992 et l'Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant (ENSME) de 1996-1997. Les niveaux de fécondité à partir des recensements se rapportent généralement à une année, tandis que ceux des enquêtes comme l'ENFPF, l'ENPS-I, l'ENPS-II, l'ENSME et l'enquête actuelle l'EPSF concernent des périodes de trois à cinq ans avant l'enquête. Étant donné la différence de méthode de collecte utilisée par les recensements (naissances des 12 derniers mois ayant précédé le recensement) et celle des enquêtes (méthode de l'historique des naissances), il est plus cohérent d'examiner les tendances de la fécondité à partir uniquement des résultats de ces enquêtes.

L'examen du tableau 4.3 qui présente l'ISF selon six enquêtes de 1962 à 2004 révèle que la fécondité des femmes marocaines a connu un changement radical au cours des 40 dernières années : l'ISF est passé de 7 enfants par femme en moyenne au début des années 60 à 5,6 enfants à la fin des années 70 et à 2,5 enfants au début des années 2000 (graphique 4.3). En d'autres termes, l'ISF a chuté d'environ deux tiers en quarante ans et de plus de la moitié au cours des 20 dernières années. Par ailleurs, on constate qu'à tous les âges, la baisse de la fécondité est très nette. Par exemple, pour le groupe d'âges 25-29 ans où les femmes sont les plus fécondes, entre l'ENFPF de 1979-80 et l'EPSF de 2003-04, le taux est passé de 281 ‰ à 124 ‰, soit une baisse de 56 % s'étalant sur une période de plus de 20 ans, ou une baisse annelle de l'ordre de 2,4 %.

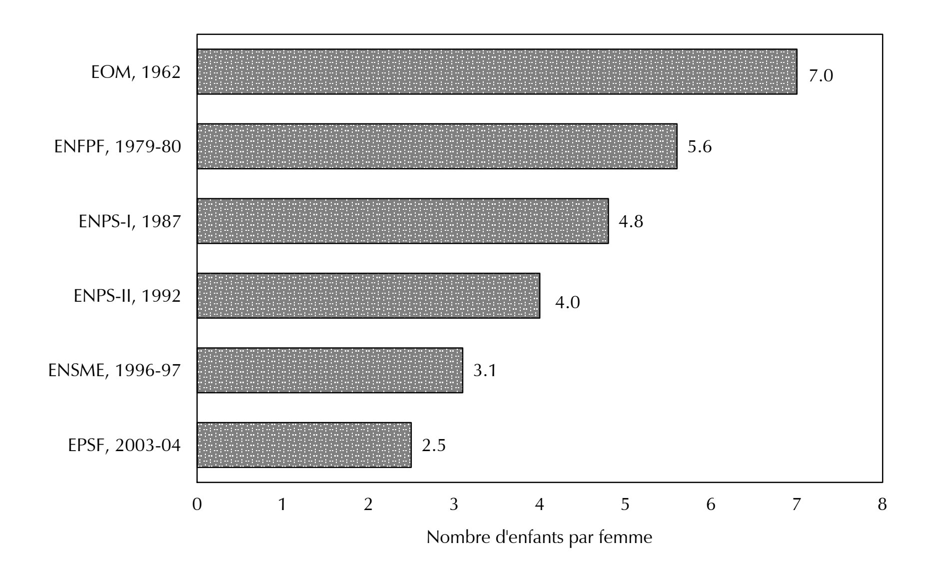
Tableau 4.3 Fécondité par âge selon différentes sources

Taux de fécondité par âge, et indice synthétique de fécondité, selon différentes sources, 1962 à 2004

Groupe d'âges	EOM 1962	ENFPF 1979-80	ENPS-I 1987	ENPS-II 1987	ENSME 1996-97	EPSF 2003-04
15-19	96	85	49	40	35	32
20-24	305	254	183	139	115	104
25-29	311	281	233	183	144	124
30-34	293	215	210	182	141	125
35-39	186	168	161	138	104	78
40-44	107	94	87	86	52	28
45-49	[93]	[22]	[44]	[39]	[21]	[5]
ISF, 15-49	7,0	5,6	4,8	4,0	3,1	2,5

Note : Les taux de fécondité par âges sont pour 1000 femmes, Les taux entre crochets sont calculés sur la base de données incomplètes,
Sources : EOM, 1962 ; ENPS-I, 1987 ; ENPS-II, 1992 et ENSME, 1996-97 (Azelmat et al., 1989 ; 1993 et 1999) ; ENFPF, 1979-1980 : Tabulation spéciale

Graphique 4.3 Évolution de l'indice synthétique de fécondité selon plusieurs sources de 1962 à 2004



Les données recueillies lors de l'EPSF permettent également de retracer les tendances passées de la fécondité. Le tableau 4.4 et le graphique 4.4, qui présentent les taux de fécondité par groupe d'âges des mères à la naissance de leurs enfants et par période de cinq ans de 1983 à 2003, permettent de constater que les taux de fécondité ont connu une baisse très significative durant les quatre périodes. Ces résultats suggèrent que la baisse de la fécondité a commencé bien avant les années 80. D'ailleurs, comme on l'a vu précédemment, la fécondité a connu une baisse non négligeable entre le début des années 60 et la fin des années 70.

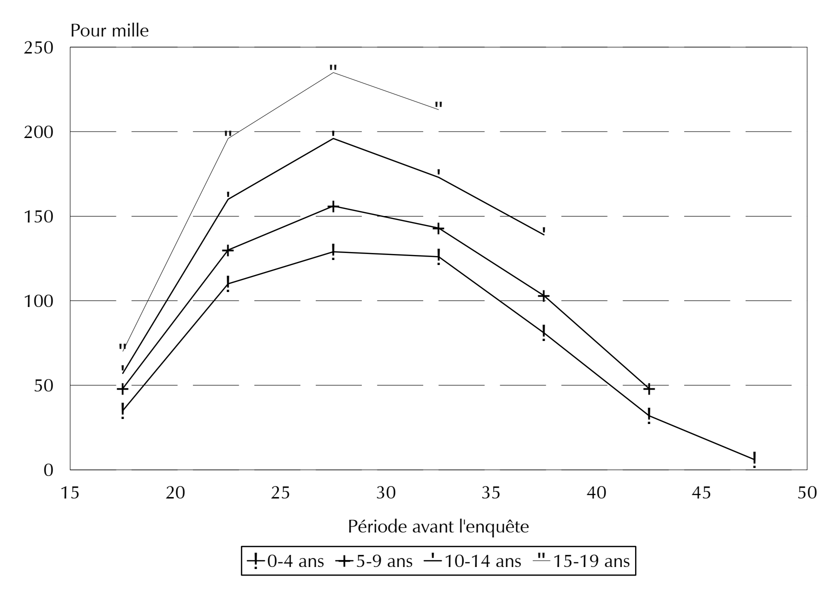
Tableau 4.4 Tendances de la fécondité par âge

Taux de fécondité par âge par période de cinq ans précédant l'enquête, selon l'âge de la mère, EPSF Maroc 2003-04

Groupe d'âges	Nombre d'années avant l'enquête 0-4	5-9	10-14	15-19
15-19	35	48	57	70
20-24	110	130	160	196
25-29	129	156	196	235
30-34	126	143	173	[213]
35-39	81	103	[139]	-
40-44	32	[48]	-	-
45-49	[6]	-	-	-

Note : Les taux de fécondité par âges sont calculés pour 1 000 femmes, Les taux entre crochets sont calculés sur la base de données incomplètes.

Graphique 4.4 Tendance de la fécondité par âge



EPSF Maroc 2003-04

4.3 PARITÉ ET STERILITÉ PRIMAIRE

A partir du nombre total d'enfants que les femmes ont eu au cours de leurs vie féconde, l'EPSF a déterminé les parités moyennes par groupes d'âges, pour l'ensemble des femmes et pour les femmes actuellement mariées. Le tableau 4.5 présente ces résultats qui laissent apparaître tout d'abord une augmentation régulière et rapide des parités avec l'âge de la femme : ainsi de moins de 0,1 enfant en moyenne à moins de 20 ans, la parité atteint 0,5 enfant à moins de 25 ans et à la fin de sa vie féconde, une femme a donné naissance à 5 enfants, en moyenne. Par ailleurs, aux jeunes âges, la répartition de toutes les femmes suivant le nombre de naissances met en évidence une fécondité relativement faible puisque la grande majorité des jeunes femmes de moins de 20 ans (96 %) n'ont pas d'enfants et seulement moins de trois femmes de 20-24 ans sur dix (29 %) ont 1 enfant ou plus. Par contre, la fécondité des femmes en fin de vie reproductive (45-49 ans) est relativement élevée puisque 22 % d'entre elles ont donné naissance à 8 enfants ou plus.

Les résultats relatifs aux femmes actuellement mariées diffèrent de ceux concernant toutes les femmes, surtout aux âges les plus jeunes. C'est ainsi que l'on remarque que quatre femmes mariées de 15-19 ans sur dix (40 %) ont déjà eu au moins un enfant contre seulement 4 % pour l'ensemble des femmes. À 25-29 ans, l'écart entre la proportion de femmes mariées ayant déjà eu au moins un enfant (89 %) et celle de l'ensemble des femmes dans la même situation (52 %) reste important. Même à 40-44 ans, l'écart n'est pas négligeable : 85 % de l'ensemble des femmes ont déjà eu un au moins un enfant contre 96 % des femmes qui sont mariées.

D'une manière générale, les femmes qui restent volontairement sans enfants sont rares dans les pays arabes, et le Maroc ne fait pas exception. Par conséquent, la parité zéro des femmes les plus âgées et actuellement mariées permet d'estimer le niveau de stérilité totale ou primaire. Á 45-49 ans, âges auxquels l'arrivée d'un premier enfant est peu probable au Maroc, 4 % seulement des femmes actuellement mariées n'ont jamais eu d'enfant et peuvent être considérées comme stériles. Ce niveau peu élevé de stérilité primaire, observé lors de cette enquête est voisin de celui estimé lors de l'ENPS-I de 1987 (3,8 %) et légèrement supérieur à celui de I'ENPS-II de 1992 (2,7 %).

Tableau 4.5 Enfants nés vivants et enfants survivants des femmes

Répartition (en %) de toutes les femmes et des femmes actuellement mariées par nombre d'enfants nés vivants, nombre moyen d'enfants nés vivants et nombre moyen d'enfants survivants, selon l'âge des femmes, EPSF Maroc 2003-04

Groupe d'âges	Nombre d'enfants nés vivants											Total	Effectif	Nombre moyen d'enfants nés vivants	Nombre moyen d'enfants survivants
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+				
TOUTES LES FEMMES															
15-19	95,7	3,9	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	3 295	0,05	0,05
20-24	71,1	15,7	9,7	2,6	0,6	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	3 011	0,46	0,44
25-29	48,4	15,0	18,6	11,4	4,2	1,6	0,7	0,2	0,0	0,0	0,0	100,0	2 584	1,16	1,09
30-34	32,6	11,1	16,9	16,0	11,7	6,3	3,5	1,2	0,4	0,2	0,2	100,0	2 245	2,07	1,94
35-39	21,1	8,0	13,9	15,4	15,6	10,3	7,3	4,1	2,3	1,1	0,9	100,0	2 055	3,07	2,84
40-44	15,3	6,0	9,4	14,0	14,8	12,7	9,1	6,9	5,4	2,9	3,6	100,0	1 921	4,01	3,62
45-49	9,7	4,7	7,9	10,4	11,8	11,8	11,0	11,0	7,8	5,6	8,3	100,0	1 687	5,03	4,43
Ensemble	48,6	9,5	10,5	8,9	7,1	5,0	3,6	2,6	1,7	1,1	1,4	100,0	16 798	1,89	1,72
FEMMES ACTUELLEMENT MARIÉES															
15-19	59,9	36,1	3,4	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	346	0,45	0,43
20-24	23,2	41,1	26,4	7,1	1,7	0,5	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1 095	1,25	1,18
25-29	11,1	23,9	32,8	20,4	7,5	2,9	1,3	0,3	0,0	0,0	0,0	100,0	1 408	2,04	1,91
30-34	6,3	13,3	23,5	22,8	17,1	9,2	5,2	1,6	0,5	0,3	0,3	100,0	1 521	2,95	2,77
35-39	4,3	7,4	16,6	19,3	19,1	12,6	9,5	5,5	3,1	1,5	1,2	100,0	1 556	3,85	3,55
40-44	3,7	4,5	9,6	15,9	17,6	14,9	11,0	8,3	6,5	3,6	4,4	100,0	1 518	4,73	4,27
45-49	4,1	3,3	7,3	10,4	11,6	12,8	12,2	12,2	9,2	6,8	10,0	100,0	1 338	5,61	4,94
Ensemble	10,1	15,3	18,5	15,9	12,6	8,9	6,6	4,6	3,2	2,0	2,6	100,0	8 782	3,37	3,07

4.4 INTERVALLE INTERGÉNÉSIQUE

La durée de l'intervalle qui sépare la naissance d'un enfant de la naissance précédente a une influence sur l'état de santé de la mère et de l'enfant. De nombreuses recherches ont prouvé que des intervalles entre naissances trop courts (inférieurs à 24 mois) sont nuisibles à la santé et à l'état nutritionnel des enfants et augmentent leur risque de décéder. Le tableau 4.6 présente la répartition des naissances des cinq années ayant précédé l'enquête par nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente et suivant certaines caractéristiques socio-démographiques.

L'examen de ce tableau laisse apparaître qu'un peu moins d'une naissance sur six (17 %) est survenue à moins de deux ans après la naissance précédente : 7 % des enfants sont nés moins de 18 mois et 9 % des enfants sont nés entre 18 et 24 mois après leur aîné. Une proportion non négligeable des naissances (23 %) se sont produites entre 24 et 36 mois après la naissance précédente et plus de six enfants sur dix (61 %) sont mis au monde trois ans ou plus après leur aîné. La durée médiane de l'intervalle inter génésique est de trois ans et demi (42 mois). Cette durée médiane a connu une nette augmentation par rapport à celle de l'ENPS-II de 1992 qui était de 31 mois.

Du point de vue de l'âge, on constate que plus l'âge est élevé, plus la proportion de femmes qui ont des intervalles inter génésiques supérieurs à 24 mois augmente. Ainsi, on constate une forte proportion de naissances précédées par un intervalle de moins de deux ans chez les femmes de 20 à 29 ans (24 % et médiane de 35,3 mois), alors qu'un peu moins d'un dixième des naissances des femmes de 40-49 ans se sont produites dans un tel intervalle (9 % et médiane de 59,7 mois). En ce qui concerne les rangs de naissance et le sexe, on ne relève que très peu d'écart entre les intervalles inter génésiques. Par contre, le décès de l'enfant précédent tend à raccourcir l'intervalle inter génésique à 24,8 mois,

comparativement à 43,1 mois dans le cas d'une naissance qui suit un enfant encore en vie. Le désir de remplacer rapidement l'enfant décédé explique certainement ce résultat.

Le milieu de résidence semble avoir un effet sur l'étendue de l'intervalle inter génésique. En milieu urbain, l'intervalle médian (48,5 mois) est supérieur de 11 mois et demi à celui du milieu rural (36,9 mois). A propos du niveau d'instruction de la mère, l'écart entre les femmes ayant une instruction primaire et ayant une instruction secondaire ou plus est peu significatif (respectivement médiane de 47,0 mois et 47,4 mois). Par contre, le fait de ne pas fréquenter l'école du tout diminue cet intervalle médian de 8 mois environ (médiane de 39,5 mois). L'indice de bien-être a également un effet sur l'intervalle inter génésique : il est de 35,5 mois chez les femmes vivant dans les ménages les plus pauvres, contre 52,4 mois chez celles vivant dans les ménages les plus aisés.

Tableau 4.6 Intervalle intergénésique

Répartition (en %) des naissances des cinq années précédant l'enquête par nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristiques socio-démographiques	Mois écoulés depuis dernière naissance 7-17	18-23	24-35	36-47	48+	Total	Effectif de naissances	Nombre médian de mois depuis la naissance précédente
Age								
15-19	*	*	*	*	*	100,0	15	*
20-29	11,4	12,4	27,8	24,1	24,4	100,0	1 553	35,3
30-39	5,4	8,0	21,2	18,4	47,0	100,0	2 185	46,1
40-49	2,4	7,0	15,6	14,1	60,9	100,0	637	59,7
Rang de naissance								
2-3	8,1	9,5	21,9	22,2	38,2	100,0	2 462	41,5
4-6	5,9	8,4	23,2	16,2	46,3	100,0	1 453	45,3
7+	6,1	12,0	26,6	17,7	37,6	100,0	475	38,5
Sexe de l'enfant précédent								
Masculin	7,0	9,1	22,8	19,8	41,3	100,0	2 238	42,6
Féminin	7,4	9,8	22,9	19,6	40,3	100,0	2 153	41,2
État de survie de l'enfant précédent								
Toujours vivant	5,9	8,7	22,8	20,2	42,4	100,0	4 126	43,1
Décédé	26,2	21,0	23,3	12,5	17,0	100,0	264	24,8
Milieu de résidence								
Urbain	5,6	8,3	17,0	18,1	50,9	100,0	2 100	48,5
Rural	8,6	10,4	28,2	21,2	31,6	100,0	2 291	36,9
Niveau d'instruction								
Aucune	7,5	9,7	25,5	20,0	37,4	100,0	2 988	39,5
Primaire	6,2	9,9	17,2	18,6	48,0	100,0	699	47,0
Secondaire ou plus	6,8	7,8	17,1	19,8	48,4	100,0	704	47,4
Quintile de bien-être								
Le plus pauvre	8,9	11,2	30,9	19,5	29,5	100,0	1 120	35,5
Second	8,0	9,7	25,9	23,0	33,3	100,0	1 041	39,0
Moyen	7,7	9,3	20,7	18,5	43,8	100,0	884	43,7
Quatrième	4,4	7,7	14,3	20,9	52,7	100,0	683	49,5
Le plus riche	4,9	7,9	16,0	15,6	55,6	100,0	662	52,4
Ensemble	7,2	9,4	22,8	19,7	40,8	100,0	4 390	42,0

Note : Les naissances de rang 1 sont exclues. L'intervalle pour les naissances multiples est le nombre de mois écoulés depuis la grossesse précédente qui a abouti à une naissance vivante.
* Basé sur trop peu de cas non-pondérés

4.5 ÂGE À LA PREMIÈRE NAISSANCE

L'âge auquel les femmes ont eu leur première naissance influence généralement leur descendance finale et peut avoir des implications sérieuses en ce qui concerne la santé maternelle et infantile. Le tableau 4.7 présente la répartition des femmes par âge à leur première naissance et leur âge médian à la première naissance, selon le groupe d'âges au moment de l'enquête.

Tableau 4.7 Âge à la première naissance

Pourcentage de femmes par âge exact à la première naissance, et âge médian à la première naissance, selon l'âge actuel, EPSF Maroc 2003-04

Âge actuel	Age à la première naissance					Pourcentage de celles sans naissance vivante	Effectif de femmes	Age médian à la première naissance
	15	18	20	22	25			
15-19	0,2	na	na	na	na	95,7	3 295	a
20-24	0,6	7,5	16,8	na	na	71,1	3 011	a
25-29	1,1	8,2	19,2	31,3	44,3	48,4	2 584	a
30-34	1,5	10,4	22,0	34,7	48,7	32,6	2 245	25,4
35-39	2,0	12,3	26,2	39,7	53,9	21,1	2 055	24,2
40-44	2,5	15,9	32,4	47,1	61,7	15,3	1 921	22,5
45-49	4,1	20,3	37,8	53,9	70,2	9,7	1 687	21,5

a = Moins de 50 % de femmes ont eu un enfant
na = Non applicable

Parmi les femmes de 15-19 ans, presque toutes (96 %) sont encore sans enfant, et même parmi celles âgées de 20-24 ans et 25-29 ans, cette proportion est de respectivement 71 % et 48 %. Pour le groupe d'âges de 30-34 ans, seulement 10 % ont eu leur premier enfant à 18 ans et 22 % l'ont eu à 20 ans. Cependant, ces proportions augmentent avec l'élévation de l'âge pour atteindre respectivement 20 % et 38 % parmi les femmes de 45-49 ans.

En observant l'âge médian à la première naissance par groupes d'âges des femmes à l'enquête, on constate que cet âge s'est modifié des générations les plus anciennes (45-49 ans) aux plus jeunes (30-34 ans). Ainsi, pour les femmes de 30-34 ans, l'âge médian (25,4 ans) est nettement plus élevé que pour celles âgées de 45-49 ans (21,5 ans), soit une différence d'environ 3,9 ans. Ce changement de comportement explique en grande partie la baisse continue de la fécondité des femmes marocaines.

Le tableau 4.8 présente les âges médians à la première naissance selon les caractéristiques socio-démographiques des femmes. Pour l'ensemble des femmes de 30 à 49 ans, l'âge médian à la première naissance s'établit à 23,3 ans. On remarque que l'âge médian varie de presque 3 ans entre le milieu rural (21,6 ans) et le milieu urbain (24,5 ans). On observe, par ailleurs, une relation positive entre le niveau d'instruction et l'âge médian à la première naissance. Ainsi, les femmes du niveau secondaire ou plus ont eu leur premier enfant presque 8 ans plus tard que celles qui sont sans instruction (29,4 contre 21,5 ans). Entre les femmes sans instruction (21,5 ans) et celles de niveau primaire (24,8 ans), cette différence est de plus de 3 ans. Il y a également une relation positive entre l'indice de bien-être et l'âge médian à la première naissance. Ainsi, pour les femmes des ménages les plus pauvres, l'âge médian est de 21,3 ans alors que pour celles des ménages les plus aisés, l'indicateur atteint 26,3 ans.

Tableau 4.8 Âge médian à la première naissance par caractéristiques socio-démographiques

Âge médian à la première naissance parmi les femmes de 25-49 ans selon l'âge actuel et certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristiques socio-démographiques	Âge actuel 25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Âge 25-49	Âge 30-49
Milieu de résidence							
Urbain	a	26,9	25,9	23,6	22,2	25,3	24,5
Rural	24,1	23,5	21,7	20,9	20,6	22,1	21,6
Niveau d'instruction							
Aucune	23,4	22,7	21,9	21,0	20,8	21,8	21,5
Primaire	a	26,5	26,0	23,9	21,6	a	24,8
Secondaire ou plus	a	a	29,7	29,6	26,9	a	29,4
Quintile de bien-être							
Le plus pauvre	24,0	22,0	21,6	20,6	20,9	21,8	21,3
Second	24,2	23,6	21,6	21,4	20,7	22,3	21,8
Moyen	a	23,7	23,9	21,2	21,5	23,0	22,6
Quatrième	a	27,9	25,1	23,4	21,9	a	24,6
Le plus riche	a	28,7	28,5	25,4	22,4	a	26,3
Ensemble	a	25,4	24,2	22,5	21,5	23,9	23,3

Note : L'âge médian pour les cohortes 15 19 et 20-24 ans ne peut être déterminé car de nombreuses femmes peuvent encore avoir une naissance avant d'atteindre 25 ans.
a = Moins de 50 % de femmes ont eu un enfant

4.6 FÉCONDITÉ DES ADOLESCENTES

Les adolescentes (15-19 ans) contribuent très peu (6 %) à la fécondité totale des femmes. De plus l'âge médian à la première naissance (23,9 ans pour les femmes de 25-49 ans) se situe en dehors de cette tranche d'âges. Le tableau 4.9 donne, par âge détaillé de 15 à 19 ans, les proportions d'adolescentes déjà mères ou enceintes d'un premier enfant, par caractéristiques socio-démographiques. En considérant que la somme des pourcentages relatifs aux femmes ayant déjà eu un enfant et de ceux des femmes enceintes de leur premier enfant fournit la proportion de femmes ayant commencé leur vie féconde, on remarque que seulement environ 7 % des femmes de 15-19 ans ont commencé leur vie féconde : 4,3 % ont déjà eu un enfant et 2,2 % sont enceintes pour la première fois. À l'âge de 15 ans, un peu plus de 1 % des femmes ont commencé leur vie féconde et cette proportion augmente régulièrement avec l'âge : à 17 ans, 6 % des femmes ont déjà un enfant ou sont enceintes et à 19 ans, 15 % ont déjà commencé leur vie féconde.

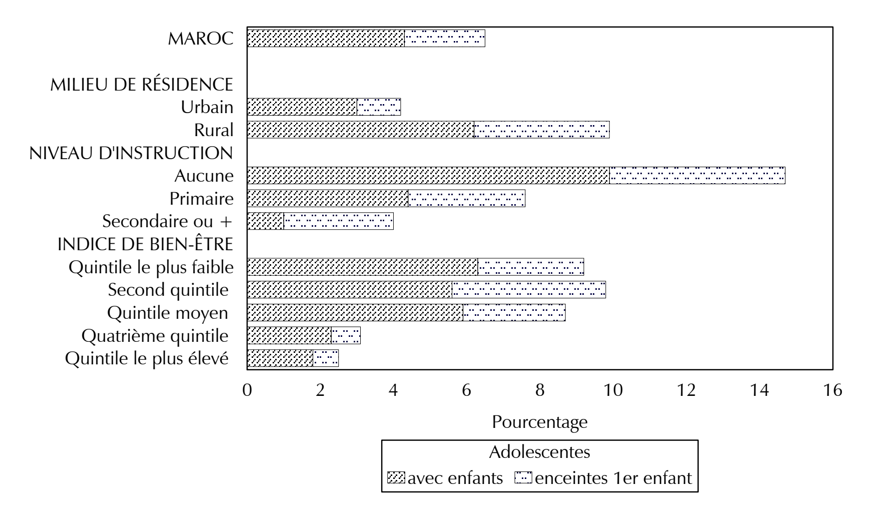
Tableau 4.9 Grossesses chez les adolescentes

Pourcentage d'adolescentes de 15-19 ans ayant déjà eu un enfant ou étant enceintes d'un premier enfant, par certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristiques socio-démographiques	Adolescentes (%) qui sont : Mères	Adolescentes (%) qui sont : Enceintes d'un premier enfant	Adolescentes (%) ayant commencé leur vie reproductive	Effectif de femmes
Age				
15	0,1	1,2	1,4	593
16	0,4	1,3	1,7	711
17	3,6	2,2	5,8	714
18	5,1	3,8	8,9	655
19	12,7	2,6	15,3	622
Milieu de résidence				
Urbain	3,0	1,2	4,2	1 934
Rural	6,2	3,7	9,9	1 361
Niveau d'instruction				
Aucune	9,9	4,8	14,6	894
Primaire	4,4	3,2	7,6	850
Secondaire ou plus	1,0	0,3	1,3	1 550
Quintile de bien-être				
Le plus pauvre	6,3	2,9	9,2	626
Second	5,6	4,2	9,8	660
Moyen	5,9	2,8	8,6	636
Quatrième	2,3	0,8	3,2	661
Le plus riche	1,8	0,7	2,6	712
Ensemble	4,3	2,2	6,5	3 295

Bien que la précocité de la fécondité soit un phénomène rare au Maroc, il y a toutefois des disparités dans la fréquence du phénomène selon les caractéristiques socio-démographiques. Par milieu de résidence, on note, en milieu rural, 10 % d'adolescentes qui ont commencé leur vie féconde contre 4 % en milieu urbain (graphique 4.5). Par ailleurs, de manière générale, il y a une corrélation négative entre le niveau d'instruction et la précocité de la fécondité ; les proportions les plus élevées de femmes ayant commencé leur vie féconde s'observent chez les adolescentes sans instruction (15 %) et chez celles ayant un niveau primaire (8 %). Par contre, seulement 1 % d'adolescentes qui ont atteint le niveau secondaire ou plus ont déjà un enfant ou sont enceintes.

Graphique 4.5 Proportion d'adolescentes ayant commencé leur vie féconde



EPSF Maroc 2003-04

PLANIFICATION FAMILIALE 5

El-Arbi Housni

Le Programme National de Planification Familiale a été établi au Maroc sous l'entière responsabilité du ministère de la Santé en 1966. Ce programme a gagné beaucoup de terrain à partir des années 70 et notamment des années 80, grâce à l'initiative pilote et à l'exécution continue à l'échelle nationale du programme des visites à domicile de motivation systématique (VDMS). De plus, en 1988, l'expansion du programme au secteur privé par l'initiative Al Hilal a encouragé l'implication des prestataires privés. Aujourd'hui, les services de planification familiale sont disponibles par divers canaux pour l'ensemble de la population marocaine.

Les résultats immédiats de ces initiatives sont d'importantes améliorations des indicateurs démographiques et de santé. A titre d'exemple, l'utilisation de la contraception (pourcentage de femmes mariées utilisant une méthode contraceptive) a gagné 23 points entre 1980 et 1992, passant de 19 % à 42 % et 16 points entre 1992 et 1997, passant de 42 % à 58 %.

Durant les trois dernières décennies, la planification familiale a constitué le fer de lance des soins de santé de base. Actuellement, et depuis la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (C.I.P.D.) en 1994, la planification familiale au Maroc s'inscrit dans le concept élargi de la Santé Reproductive autour de trois volets : la planification familiale, la santé maternelle et infantile et les Infections Sexuellement Transmissibles/Sida.

Ainsi, l'enjeu en matière de population et de santé de la reproduction de par le monde ne peut plus uniquement se limiter à une approche malthusienne mais doit adopter une approche ayant comme but l'amélioration de la qualité de la vie, tout en intégrant les besoins des femmes non mariées, ceux des adolescents et des hommes. Ceci doit se traduire par le développement d'une offre de services appropriés et adaptés aux spécificités des différentes tranches de la population.

Dans ce contexte, ces dernières années ont vu le retrait de l'Agence des États Unis pour le Développement International (USAID), partenaire numéro un depuis presque 30 ans dans la planification familiale (PF) et la santé maternelle et infantile (SMI) au Maroc, organisme dont l'assistance financière et technique a contribué à la mise en place et le développement d'un programme performant de SMI/PF. Or, la croissance de la demande pour les services de santé reproductive nécessite, parallèlement, un besoin croissant de ressources à mobiliser. Ressources qui ne se limitent pas, tout au moins dans le domaine de la planification familiale, aux seuls achats de produits contraceptifs mais incluent l'ensemble des coûts récurrents et d'investissement du programme de planification familiale (rénovation, renouvellement du plateau technique, formation recyclage, logistique etc.)

D'un autre côté, on identifiait plusieurs domaines d'interventions prioritaires dont on peut citer : 1) un effectif de plus d'un demi million de couples ayant des besoins non satisfaits en planification familiale pour l'espacement ou la limitation de naissances—besoins qui devront conduire le programme à se doter d'une stratégie sur mesure ; 2) une structure de méthodes contraceptives invariablement dominée par la pilule depuis près de deux décennies—une domination se traduisant au niveau des couples par un comportement paradoxal puisque les couples qui affirment désirer limiter leurs naissances utilisent quand même la pilule (méthode d'espacement par excellence) et que le programme de planification familiale au Maroc essaie de trouver une réponse appropriée en accélérant la promotion et l'offre de méthodes de longue durée ; enfin, 3) une certaine stagnation au niveau des parts entre les prestations offertes par les

secteurs public et privé. Une stagnation qui constitue aussi une situation paradoxale eu égard au niveau de développement économique et d'urbanisation du pays.

L'Enquête sur la Population et la Santé Familiale (EPSF) réalisée en 2003-2004 se déroule donc dans un contexte particulier pour fournir un nouvel ensemble de données sur la planification familiale, objet de ce chapitre. Ces informations sont importantes pour évaluer les actions en cours et ajuster, si nécessaire, les stratégies de mises en place et d'en créer éventuellement d'autres. Au-delà du niveau de connaissance des méthodes contraceptives, ce chapitre présentera, entre autres, les niveaux d'utilisation ainsi que les raisons de non utilisation de la contraception, les sources d'approvisionnement, le désir d'utilisation future, les sources d'information en matière de planification familiale, la communication entre mari et femme, et pour la première fois, entre prestataires et clientes.

5.1 CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION

L'utilisation de la contraception suppose, au préalable la connaissance d'au moins une méthode contraceptive, ainsi qu'une source d'approvisionnement. La collecte des informations relatives à la connaissance des méthodes est faite en deux étapes. D'abord, l'enquêtrice note la (les) méthode(s) citée(s) spontanément par l'interviewée. Dans une seconde phase, dans le cas où l'enquêtée n'a pas cité l'ensemble des méthodes contenues dans le questionnaire, l'enquêtrice devait procéder à une brève présentation des méthodes non citées et enregistrer si oui ou non l'interviewée en avait entendu parler. Finalement, une femme est considérée connaître une méthode contraceptive si elle la cite spontanément ou si elle déclare la connaître après la présentation.

Pour les besoins de l'analyse, l'ensemble des méthodes retenues dans le questionnaire sont classées en trois catégories :

- Les méthodes modernes, comprenant la stérilisation féminine et la stérilisation masculine, la pilule, le stérilet ou DIU (Dispositif Intra Utérin), les injections, les implants (Norplant), le condom, le diaphragme, les méthodes vaginales (mousses et gelées) et la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA).

- Les méthodes traditionnelles, comprenant la continence périodique et le retrait ; et

- Les méthodes, dites populaires, comme les herbes, les tisanes et autres méthodes pouvant rentrer dans cette catégorie.

Les résultats obtenus (tableau 5.1) montrent que la quasi-totalité des femmes (99 %), quel que soit leur état matrimonial, ont déclaré connaître, au moins, une méthode. De même, pour les méthodes modernes, 99 % des femmes ont déclaré en connaître au moins une. Les méthodes les mieux connues sont par ordre d'importance : la pilule (99 %), le DIU (94 %), les injectables (93 %), la stérilisation féminine (89 %), le condom masculin (83 %) et la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (80 %). Les femmes ont déclaré connaître plusieurs méthodes et ont cité plus de sept méthodes en moyenne (7,6).

Chez les femmes mariées, la connaissance des méthodes est encore plus élevée. Elles ont cité en moyenne plus de huit méthodes (8,1). Par ordre d'importance, les méthodes les mieux connues sont : la pilule (100 %), le DIU (98 %), les injectables (96 %), la stérilisation féminine (94 %), la MAMA (91 %) et le condom masculin (89 %).

Tableau 5.1 Connaissance des méthodes contraceptives

Pourcentage de l'ensemble des femmes, de femmes actuellement mariées, de femmes veuves ou divorcées, et de femmes célibataires qui connaissent une méthode contraceptive, selon les méthodes, EPSF Maroc 2003-04

Méthode contraceptive	Toutes les femmes	Femmes actuellement mariées	Femmes veuves, divorcées ou séparées	Célibataires
Une méthode quelconque	99,1	99,8	99,8	98,2
Une méthode moderne	99,1	99,8	99,8	98,2
Méthode moderne				
Stérilisation féminine	88,5	94,2	94,9	80,6
Stérilisation masculine	10,9	9,0	7,9	13,6
Pilule	98,9	99,8	99,2	97,8
DIU	94,2	97,6	97,4	89,6
Injectables	92,5	96,4	95,3	87,4
Implants	32,1	38,0	32,1	24,7
Condom	82,5	88,9	87,9	73,8
Diaphragme	13,3	8,8	7,5	19,7
Mousse/gelée	17,1	17,2	14,4	17,4
MAMA[1]	79,5	90,8	86,2	64,5
Une méthode traditionnelle	85,2	92,4	91,1	75,4
Méthode traditionnelle				
Continence périodique	80,2	87,0	86,6	71,1
Retrait	67,0	78,4	74,1	51,8
Méthode populaire	4,0	5,2	7,1	1,9
Nombre moyen de méthodes connues	7,6	8,1	7,9	6,9
Effectif de femmes	16 798	8 782	942	7 074

[1] MAMA = Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

Le tableau 5.2 présente pour les femmes mariées, le niveau de connaissance des méthodes contraceptives selon certaines caractéristiques socio-démographiques. On y relève que quels que soient le groupe d'âges, le milieu de résidence, le niveau d'instruction ou le quintile de bien-être, le niveau de connaissance des méthodes contraceptives modernes se situe entre 99 % et 100 %.

Tableau 5.2 Connaissance des méthodes contraceptives par caractéristiques socio-démographiques

Pourcentage de femmes actuellement mariées qui connaissent au moins une méthode de contraception et pourcentage de celles qui connaissent au moins une méthode moderne, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	Connaît une méthode	Connaît une méthode moderne[1]	Effectif de femmes
Âge actuel			
15-19	99,7	99,7	346
20-24	99,9	99,9	1095
25-29	100,0	100,0	1 408
30-34	99,8	99,8	1 521
35-39	99,8	99,8	1 556
40-44	99,8	99,8	1 518
45-49	99,8	99,8	1 338
Milieu de résidence			
Urbain	99,9	99,9	5 018
Rural	99,7	99,7	3 763
Niveau d'instruction			
Aucune instruction	99.7	99.7	5,567
Primaire	100.0	100.0	1,515
Secondaire et plus	100.0	100.0	1,700
Quintile de bien-être			
Le plus pauvre	99,8	99,8	1 694
Second	99,7	99,7	1 765
moyen	99,6	99,6	1 790
Quatrième	100,0	100,0	1 699
Le plus riche	100,0	100,0	1 833
Ensemble	99,8	99,8	8 782

[1] Stérilisation féminine, stérilisation masculine, pilule, DIU, injectables, implants, condom masculin, diaphragme, mousse ou gelée et MAMA

5.2 PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION À UN MOMENT QUELCONQUE

Afin de mesurer le niveau de la pratique de la contraception à un moment quelconque de la vie des personnes enquêtées, une question sur l'utilisation passée a été posée à toutes celles qui ont déclaré connaître une méthode contraceptive. Les pourcentages des femmes mariées ayant utilisé un moyen contraceptif au cours de leur vie sont présentés au tableau 5.3.

De l'ensemble des femmes mariées interviewées, on constate que 90 % ont déjà utilisé, au moins, une méthode contraceptive à un moment quelconque de leur vie. En 1992, soit il y a une dizaine d'années, ce pourcentage s'élevait à 66 %.

Tableau 5.3 Utilisation de la contraception à un moment quelconque

Pourcentage de femmes actuellement mariées qui ont déjà utilisé une méthode contraceptive, par méthode selon le groupe d'âges, EPSF Maroc 2003-04

			Méthode moderne										Méthodes traditionnelles			
Groupe d'âges	N'importe quelle méthode	N'importe quelle méthode moderne	Stérilisation féminine	Pilule	DIU	Injectables	Implants	Condom masculin	Diaphragme	Mousse/gelée	MAMA[1]	N'importe quelle méthode traditionnelle	Continence périodique	Retrait	Méthode populaire	Effectif de femmes
15-19	61,6	57,9	0,0	55,6	3,2	1,9	0,0	2,4	0,2	0,2	5,3	10,4	2,7	8,8	0,0	346
20-24	83,4	79,9	0,0	73,1	7,3	5,4	0,0	7,7	0,0	0,7	19,0	18,1	8,5	12,3	0,2	1 095
25-29	90,5	88,5	0,1	82,9	12,5	8,1	0,2	8,9	0,0	1,1	25,3	20,8	11,2	13,9	0,3	1 408
30-34	93,6	91,6	1,0	85,9	17,2	10,5	0,3	13,4	0,1	1,3	30,5	26,6	14,9	17,2	0,8	1 521
35-39	93,7	91,8	2,1	86,5	20,3	9,9	0,2	13,6	0,3	1,9	34,1	31,1	18,6	20,3	0,9	1 556
40-44	92,8	91,1	5,9	83,0	24,3	9,1	0,3	13,7	0,1	2,4	37,6	31,1	18,2	20,1	1,2	1 518
45-49	88,7	86,6	7,6	73,3	20,9	7,8	0,4	11,7	0,1	2,1	42,7	30,2	19,1	18,3	1,8	1 338
Ensemble	89,7	87,5	2,7	80,3	17,0	8,4	0,2	11,4	0,1	1,6	31,0	26,1	14,9	16,9	0,8	8 782

[1]MAMA = Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

La prise en compte des méthodes selon la catégorie (moderne-traditionnelle), montre que l'utilisation passée s'élève à 88 % (63 % en 1992) pour les méthodes modernes et à 26 % (17 % en 1992) pour les méthodes traditionnelles et/ou populaires. Pour ce qui est des méthodes modernes, la pilule, la MAMA et le DIU ont été, de loin, les plus utilisés avec, respectivement des proportions de 80 %, 31 % et 17 %.

La lecture des données selon l'âge fait apparaître que l'utilisation est la plus intense dans le groupe d'âges 25-44 ans avec plus de 9 femmes sur dix.

5.3 UTILISATION ACTUELLE DE LA CONTRACEPTION

Alors que le tableau 5.3 fournissait des données sur l'utilisation de la contraception à un moment quelconque de la vie des personnes interviewées, le tableau 5.4 fournit les proportions des femmes qui utilisaient une méthode au moment de l'enquête (ou taux de prévalence contraceptive). Cet indicateur permet d'évaluer l'impact des programmes de planification familiale.

Chez les femmes mariées, 63 % utilisaient une méthode quelconque au moment de l'enquête : 55 % utilisaient une méthode moderne et 8 % une méthode traditionnelle et/ou populaire. Le taux d'utilisation de l'ensemble des méthodes qui s'élevait à 58 % en 1997 a augmenté de cinq points en quelque six années. Le graphique 5.1 présente l'évolution de ce taux, selon le type de méthode et selon différentes sources d'information, depuis 1980.

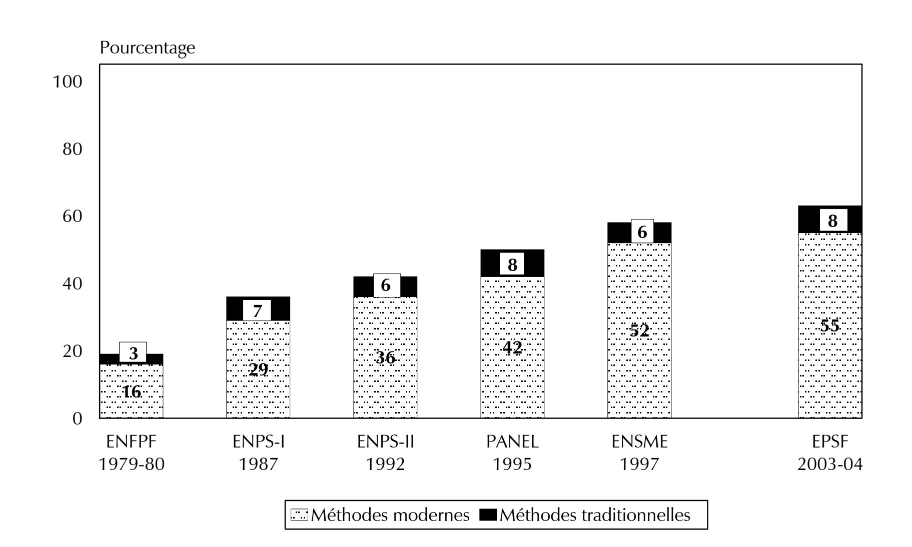
Tableau 5.4 Utilisation actuelle de la contraception

Répartition (en %) des femmes actuellement mariées, par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon le groupe d'âges, EPSF Maroc 2003-04

Groupe d'âges	N'importe quelle méthode	N'importe quelle méthode moderne	Méthode moderne: Stérilisation féminine	Pilule	DIU	Injectables	Condom masculin	Mousse/ gelée	MAMA[1]	N'importe quelle méthode tradition-nelle	Méthode traditionnelle: Conti-nence pério-dique	Retrait	Méthode populaire	N'utilise pas actuel-lement	Total	Effectif
15-19	38,4	35,9	0,0	32,2	1,8	0,6	0,3	0,0	1,0	2,5	0,2	2,3	0,0	61,6	100,0	346
20-24	57,8	52,7	0,0	42,6	3,0	2,3	1,0	0,0	3,9	5,1	1,6	3,5	0,0	42,2	100,0	1 095
25-29	62,8	58,3	0,1	46,3	4,5	2,3	0,8	0,2	4,0	4,6	2,1	2,4	0,0	37,2	100,0	1 408
30-34	69,6	63,2	1,0	46,8	6,3	2,7	1,4	0,0	5,0	6,4	2,7	3,6	0,0	30,4	100,0	1 521
35-39	71,1	61,2	2,1	44,2	7,1	2,7	1,8	0,1	3,1	9,8	4,1	5,5	0,2	28,9	100,0	1 556
40-44	68,9	56,4	5,9	37,7	6,7	2,1	2,6	0,2	1,2	12,5	6,1	6,2	0,2	31,1	100,0	1 518
45-49	50,1	38,8	7,6	23,6	4,6	0,9	1,5	0,4	0,2	11,3	6,2	5,0	0,1	49,9	100,0	1 338
Ensemble	63,0	54,8	2,7	40,1	5,4	2,1	1,5	0,1	2,8	8,2	3,8	4,4	0,1	37,0	100,0	8 782

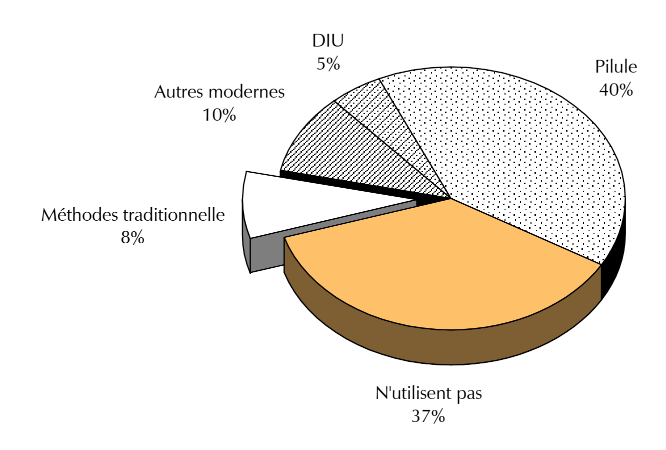
Note : Si plus d'une méthode est utilisée, seulement la plus efficace est considérée dans ce tableau
[1]MAMA = Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

Graphique 5.1 Utilisation actuelle des méthodes contraceptives par les femmes mariées selon différentes sources



Comme on peut le voir au graphique 5.2, la méthode contraceptive la plus utilisée est la pilule (40 %). Elle représente environ les trois quarts (73 %) des méthodes modernes utilisées et 64 % de l'ensemble des méthodes, soit les mêmes parts qu'elle avait en 1997 parmi l'éventail des méthodes contraceptives. Parmi les méthodes traditionnelles, les femmes mariées utilisent presque exclusivement la continence périodique (un peu moins de 4 %) et le retrait (un peu plus de 4 %).

Graphique 5.2 Utilisation actuelle de la contraception



EPSF Maroc 2003-04

Les renseignements recueillis permettent aussi l'analyse de la prévalence contraceptive selon certaines caractéristiques socio-démographiques telles que le milieu de résidence, la région, le niveau d'instruction et le nombre d'enfants vivants (tableau 5.5 et graphique 5.3).

Tableau 5.5 Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques socio-démographiques

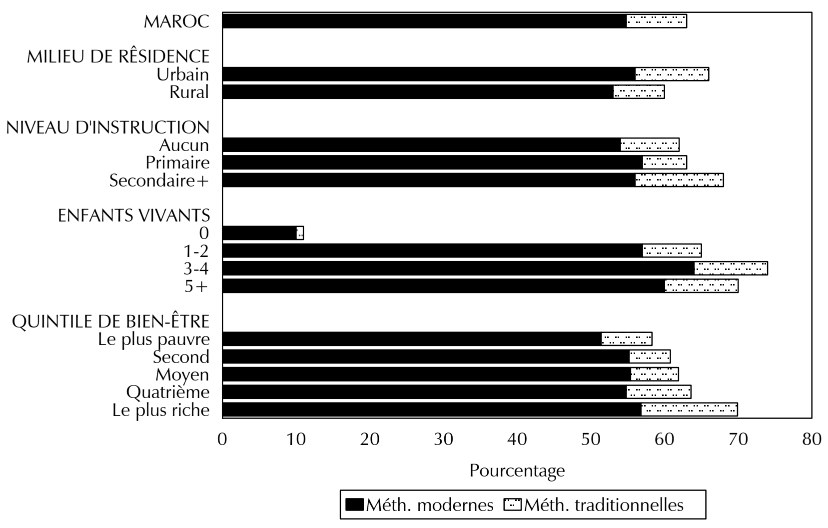
Répartition (en %) des femmes actuellement en union par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

			Méthode moderne								Méthode traditionnelle					
Caractéristique socio-démographique	Une méthode quelconque	Une méthode moderne	Stérilisation féminine	Pilule	DIU	Injections	Condom	Mousse/gelée	MAMA[1]	Une méthode traditionnelle	Continence périodique	Retrait	Autres	N'utilise pas actuellement	Total	Effectif
Milieu de résidence																
Urbain	65,5	56,0	3,2	40,5	6,5	1,8	2,1	0,2	1,5	9,5	4,8	4,6	0,1	34,5	100,0	5 018
Rural	59,7	53,2	2,2	39,4	3,8	2,6	0,7	0,0	4,5	6,5	2,4	4,0	0,0	40,3	100,0	3 763
Niveau d'instruction																
Aucune instruction	61,2	53,7	3,2	38,5	4,8	2,7	1,1	0,2	3,2	7,5	2,8	4,6	0,1	38,8	100,0	5 567
Primaire	62,9	56,8	2,3	43,9	4,4	1,6	1,5	0,1	3,0	6,1	2,8	3,2	0,1	37,1	100,0	1 515
Secondaire et +	68,8	56,4	1,8	41,7	7,9	0,9	2,8	0,1	1,3	12,4	7,8	4,6	0,0	31,2	100,0	1 700
Nombre d'enfants vivants																
0	11,0	9,6	0,0	9,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	0,5	0,9	0,0	89,0	100,0	927
1-2	64,9	57,3	0,3	45,3	5,5	1,6	2,0	0,0	2,5	7,6	3,7	3,8	0,1	35,1	100,0	3 149
3-4	73,8	63,9	3,1	46,3	6,6	2,2	1,9	0,3	3,6	9,9	4,8	5,0	0,1	26,2	100,0	2 635
5+	69,6	59,5	7,3	37,8	6,0	3,8	1,0	0,2	3,4	10,1	4,1	6,0	0,1	30,4	100,0	2 071
Quintile de bien-être																
Le plus pauvre	58,3	51,4	2,1	36,7	3,8	2,9	0,4	0,0	5,6	6,9	2,6	4,3	0,0	41,7	100,0	1 694
Second	60,9	55,2	2,1	41,4	4,5	2,9	0,9	0,0	3,6	5,6	1,6	4,0	0,0	39,1	100,0	1 765
Moyen	61,9	55,4	2,2	42,2	4,6	3,0	1,0	0,1	2,3	6,5	3,1	3,3	0,1	38,1	100,0	1 790
Quatrième	63,6	54,8	3,2	40,9	5,8	1,4	1,8	0,2	1,5	8,8	3,6	5,1	0,1	36,4	100,0	1 699
Le plus riche	69,9	56,8	4,1	39,1	8,0	0,6	3,5	0,3	1,1	13,1	7,8	5,3	0,1	30,1	100,0	1 833
Ensemble	63,0	54,8	2,7	40,1	5,4	2,1	1,5	0,1	2,8	8,2	3,8	4,4	0,1	37,0	100,0	8 782

Note : Si plus d'une méthode est utilisée, seule la plus efficace est prise en compte dans ce tableau.
[1]MAMA = Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée.

Chez les femmes mariées, la prévalence contraceptive urbaine pour l'ensemble des méthodes n'est que légèrement supérieure à celle du milieu rural : 66 % contre 60 %. Cette différence est encore plus réduite entre les méthodes modernes : 56 % contre 53 %. La comparaison entre 1997 et 2003 permet de constater que le taux en milieu urbain n'a enregistré aucun changement, contrairement à celui du milieu rural où l'utilisation de la contraception a gagné 8 points passant de 52 % à 60 %.

Graphique 5.3 Utilisation des méthodes contraceptives selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le nombre d'enfants et le quintile de bien-être



Concernant l'utilisation de la contraception par région, toutes les régions enregistrent actuellement un taux de prévalence dépassant 60 % (variant de 61 % à 68 %) à l'exception des trois régions de l'Oriental, Taza-Al Hoceima-Taounate et Tanger-Tétouan dont la prévalence s'établit à 58 % et la région de Guelmim-Smara avec seulement 53 %. Par ailleurs, sur l'ensemble des régions, neuf ont un taux supérieur ou égal au taux national.

La prévalence de la contraception, qu'elle soit moderne ou traditionnelle, augmente avec le niveau d'instruction. Soixante et un pour cent des femmes sans instruction utilisent une méthode quelconque (54 % pour les méthodes modernes). Chez les femmes ayant un niveau d'instruction primaire, la prévalence est un peu plus élevée et atteint 63 % (57 % pour les méthodes modernes). C'est chez les femmes les plus instruites que la prévalence contraceptive est la plus élevée, avec près de sept femmes sur dix (69 % dont 56 % pour les méthodes modernes).

On constate que l'utilisation de la contraception augmente très rapidement avec le nombre d'enfants, passant de 11 % chez les femmes nullipares à 65 % chez les femmes ayant 1ou 2 enfants et à 74 % chez celles ayant 3 ou 4 enfants.

Pour ce qui est du quintile de bien-être, le taux de prévalence contraceptive passe de 58 % pour l'ensemble des méthodes (51 % pour les méthodes modernes) chez les femmes appartenant aux ménages les plus pauvres à 70 % (57 % pour les méthodes modernes) chez les femmes appartenant aux ménages les plus aisés.

5.4 UTILISATION DE LA CONTRACEPTION ET STATUT DE LA FEMME

Lors de l'enquête, le statut des femmes a été mesuré indirectement par le biais d'une série de questions concernant leur participation aux prises de décisions au sein du ménage, leur liberté de refuser d'avoir des rapports sexuels avec leur mari, et leur opinion concernant les raisons justifiant qu'un homme batte son épouse. Le tableau 5.6 présente la répartition des femmes mariées par méthode actuellement utilisée selon un certain nombre d'indicateurs du statut de la femme. Les données montrent une légère tendance à la hausse de l'utilisation de la contraception avec la participation de la femme aux décisions du ménage. Mais ce constat s'estompe par la prise en compte de la pilule qui représente la méthode utilisée par la majorité des femmes. Il faut noter toutefois une nette tendance à l'augmentation du recours aux méthodes traditionnelles en relation avec la participation de la femme aux décisions du ménage, cela venant probablement du fait que l'utilisation de ces méthodes est en relation étroite avec leur niveau d'instruction.

L'utilisation de la contraception est positivement associée avec le nombre de situations dans lesquelles les femmes pensent qu'il est justifié de refuser d'avoir des relations sexuelles avec son mari. À titre d'exemple, seulement 43 % des femmes qui ont déclaré que dans aucun cas, il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des relations sexuelles avec son mari utilisent la contraception contre 54 à 56 % de celles qui pensent que pour 1 ou 2 à 3 ou 4 raisons, il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari. Encore une fois, par rapport à l'opinion des femmes sur les raisons justifiant qu'un homme batte sa femme, on ne constate pas de relation nette avec l'utilisation de la contraception. Cependant, pour les méthodes traditionnelles et pour les raisons évoquées précédemment, on observe une relation inverse entre l'utilisation de ces méthodes et le nombre de situations dans lesquelles la femme pense qu'il est justifié qu'un homme batte sa femme.

Tableau 5.6 Utilisation actuelle de la contraception par statut de la femme

Répartition (en %) des femmes actuellement mariées par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques du statut de la femme, EPSF Maroc 2003-04

Statut de la femme	N'importe quelle méthode	N'importe quelle méthode moderne	Méthode moderne: Stérilisation féminine	Pilule	DIU	Injectables	Condom masculin	Mousse/gelée	MAMA[1]	N'importe quelle méthode traditionnelle	Méthode traditionnelle: Continence périodique	Retrait	Méthode populaire	N'utilise pas actuellement	Total	Effectif
Nombre de décisions prises par la femme																
0	56,5	52,8	0,7	41,6	4,0	1,5	0,6	0,0	4,4	3,7	1,4	2,2	0,0	43,5	100,0	717
1-2	61,4	54,3	2,2	41,2	3,8	2,2	1,0	0,1	3,7	7,1	2,8	4,2	0,0	38,6	100,0	2 900
3-4	66,1	56,8	3,3	40,6	7,3	2,0	2,1	0,2	1,4	9,2	3,8	5,4	0,1	33,9	100,0	1 377
5	64,3	54,8	3,4	38,7	6,1	2,3	1,9	0,2	2,3	9,6	4,9	4,6	0,1	35,7	100,0	3 788
Nombre de raisons de refuser les rapports sexuels avec le mari																
0	52,1	43,4	0,7	31,5	3,9	2,6	0,4	0,0	4,3	8,7	3,0	5,7	0,0	47,9	100,0	222
1-2	62,8	54,3	2,9	39,5	5,2	2,1	1,3	0,2	3,1	8,5	3,6	4,9	0,0	37,2	100,0	2 968
3-4	63,5	55,5	2,7	40,7	5,5	2,2	1,7	0,1	2,6	8,0	3,9	4,1	0,1	36,5	100,0	5 592
Nombre de raisons justifiant qu'un mari batte sa famme																
0	65,0	54,2	2,9	38,5	7,0	1,7	2,2	0,2	1,8	10,8	5,7	5,0	0,1	35,0	100,0	2 784
1-2	65,5	56,1	3,4	41,4	5,7	1,4	1,7	0,1	2,4	9,3	3,5	5,8	0,0	34,5	100,0	1 580
3-4	62,7	55,4	2,6	41,4	4,4	2,2	1,3	0,1	3,3	7,3	3,2	4,0	0,1	37,3	100,0	2 500
5	58,3	53,7	2,2	39,5	4,0	3,3	0,5	0,2	3,9	4,7	1,9	2,8	0,0	41,7	100,0	1 917
Ensemble	63,0	54,8	2,7	40,1	5,4	2,1	1,5	0,1	2,8	8,2	3,8	4,4	0,1	37,0	100,0	8 782

Note : Si plus d'une méthode est utilisée, seulement la méthode la plus efficace est considérée dans ce tableau.
[1]MAMA = Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

5.5 NOMBRE D'ENFANTS À LA PREMIÈRE UTILISATION

L'utilisation de la contraception pour la première fois peut, en fonction de la parité atteinte à ce moment-là, répondre à des objectifs différents : retard de la première naissance si l'utilisation commence lorsque la femme n'a pas encore d'enfant, espacement des naissances si la contraception débute à des parités faibles, ou encore limitation de la descendance lorsque la contraception commence à des parités élevées, c'est-à-dire lorsque le nombre d'enfants désiré est déjà atteint.

Le tableau 5.7 présente par groupe d'âges, la répartition des femmes qui ont déjà utilisé un moyen contraceptif selon le nombre d'enfants qu'elles avaient au moment où elles ont utilisé la contraception pour la première fois. Parmi les femmes ayant déjà utilisé la contraception, 23 % ont commencé à l'utiliser alors qu'elles n'avaient pas d'enfant, c'est-à-dire pour retarder la venue du premier enfant, 69 % ont commencé alors qu'elles étaient à des parités relativement faibles (1 à 3 enfants) et 8 % ont commencé à des parités élevées (4 enfants et plus), certainement pour limiter leur descendance.

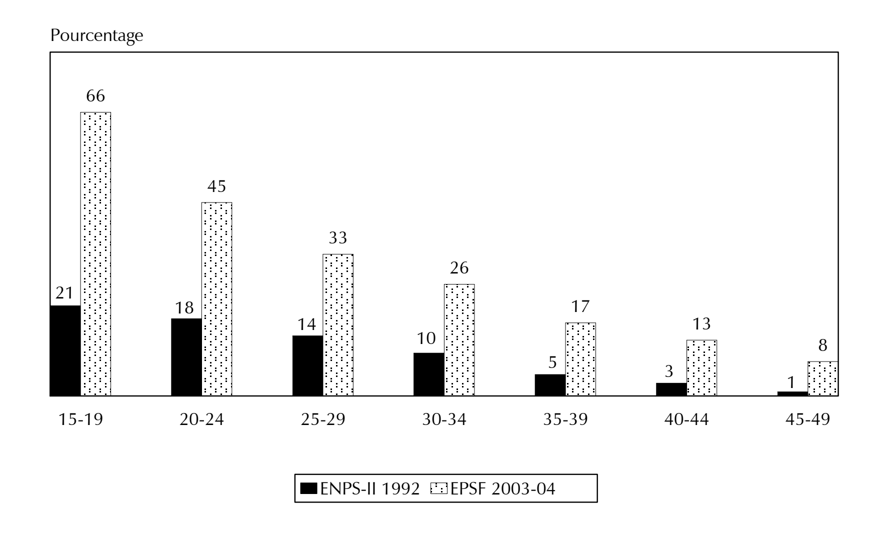
Tableau 5.7 Nombre d'enfants à la première utilisation

Répartition (en %) des femmes qui ont déjà utilisé un moyen de contraception par nombre d'enfants vivants lors de la première utilisation de la contraception et nombre médian d'enfants à la première utilisation, selon l'âge actuel, EPSF Maroc 2003-04

	Nombre d'enfants en vie à la première utilisation							
Âge actuel	0	1	2	3	4+	Non déclaré	Total	Effectif
15-19	65,6	32,1	1,1	0,5	0,0	0,7	100,0	224
20-24	44,5	49,9	4,4	1,0	0,2	0,1	100,0	958
25-29	33,3	57,4	6,6	1,7	1,0	0,1	100,0	1 362
30-34	25,6	58,3	9,7	3,0	3,4	0,1	100,0	1 514
35-39	17,2	57,9	11,4	5,9	7,6	0,0	100,0	1 581
40-44	13,3	50,6	15,2	7,7	13,0	0,1	100,0	1 553
45-49	7,7	46,5	14,9	9,7	21,2	0,0	100,0	1 390
Ensemble	23,3	53,2	10,5	5,0	8,0	0,1	100,0	8 581

La proportion de femmes ayant utilisé la contraception alors qu'elles étaient nullipares augmente fortement des générations les plus anciennes (8 % à 45-49 ans) aux générations les plus jeunes avec un tiers des femmes à 25-29 ans (33 %) et deux tiers à 15-19 ans (66 %). On note par ailleurs qu'un peu plus d'une femme sur deux, âgée de 20 ans et plus, a recouru à la contraception après la naissance du premier enfant avec une certaine tendance à la hausse des générations les plus anciennes au plus jeunes. Si l'on compare ces données avec celles des enquêtes passées, on constate que la tendance à utiliser de plus en plus tôt la contraception, pour retarder la naissance du premier enfant et/ou espacer les naissances dès la venue du premier enfant, est de plus en plus nette (graphique 5.4).

Graphique 5.4 Évolution de l'utilisation de la contraception avant la naissance du premier enfant



5.6 CONNAISSANCE DE LA PÉRIODE FÉCONDE

L'efficacité de l'utilisation de certaines méthodes de contraception, en particulier de la continence périodique, dépend de la connaissance exacte de la période de fécondabilité au cours du cycle menstruel. Pour mesurer le niveau de connaissance des femmes, on leur a demandé si elles pensaient, qu'au cours du cycle, il existait une période pendant laquelle elles avaient plus de chance de tomber enceinte et, si oui, à quel moment du cycle se situait cette période. Compte tenu des très nombreuses nuances que peuvent comporter les réponses à cette dernière question, les réponses ont été groupées en trois grandes catégories (tableau 5.8) :

- connaissance « milieu du cycle » ;
- connaissance douteuse « juste après la fin des règles », « juste avant le début des règles ». Ces réponses sont trop vagues pour pouvoir être considérées comme exactes, mais, selon l'idée que se font les femmes du « juste après » et du « juste avant », elles peuvent correspondre à la période de fécondabilité ;
- méconnaissance « pendant les règles », « à n'importe quel moment » ou « ne sait pas ».

Le tableau 5.8 indique que plus d'une femme non célibataire sur quatre (28 %) n'a aucune idée de l'existence d'une période particulière ou ne sait pas situer correctement cette période, un tiers des femmes (32 %) ont une connaissance douteuse, c'est à dire qu'elles ont répondu « juste avant les règles » ou « juste après les règles » et seulement quatre dixième des enquêtées (40 %) ont une connaissance précise de la période à laquelle la femme a le plus de chance de tomber enceinte. Par contre, la connaissance des femmes ayant déjà utilisé la continence périodique comme méthode de contraception, et qui doivent parfaitement connaître leur cycle pour utiliser parfaitement cette méthode, est nettement meilleure, mais toujours insuffisante, puisque seulement 69 % d'entre elles ont su situer correctement la période féconde. Néanmoins, on constate que 23 % de ces femmes n'en ont qu'une connaissance douteuse et 9 % ne savent pas situer la période au cours de laquelle elles doivent s'abstenir de rapports sexuels pour éviter de tomber enceinte. Il ressort de ces données que pour qu'elle soit pratiquée avec efficacité, la continence périodique nécessite une éducation des femmes en vue d'améliorer leur connaissance du cycle menstruel.

Tableau 5.8 Connaissance de la période féconde

Répartition (en % des femmes déjà mariées qui utilisent la continence périodique, des femmes qui n'utilisent pas la continence périodique et de l'ensemble des femmes, selon leur connaissance de la période féconde au cours du cycle menstruel, EPSF Maroc 2003-04

Connaissance de la période féconde	Utilisatrices de la continence périodique	Non-utilisatrices de la continence périodique	Toutes les femmes non-célibatires
Juste avant le début des règles	0,5	3,1	3,1
Pendant ses règles	0,4	0,5	0,5
Juste après la fin des règles	22,2	29,1	28,9
Entre deux menstruations	69,0	38,6	39,6
Autre	0,7	0,6	0,6
Pas de période spécifique	1,2	2,6	2,6
Ne sait pas	6,0	25,3	24,6
Non déclaré	0,0	0,2	0,2
Ensemble	100,0	100,0	100 0
Effectif	330	9 394	9 724

5.7 ÂGE À LA STÉRILISATION

L'âge à la stérilisation est donné ici à titre indicatif (tableau 5.9) et doit être interprété avec précaution, étant donné le nombre limité d'utilisatrices de cette méthode et le nombre d'années depuis lequel cette méthode a été adoptée. Sur les 257 femmes ayant choisi cette méthode, 21 % l'ont fait au cours des trois dernières années ayant précédé l'enquête. Cette proportion s'élevait à 44 % il y a une dizaine d'années de cela.

Le même tableau indique que 43 % des femmes ont été stérilisées après l'âge de 35 ans et que l'âge médian est de 33,3 ans (âge en deçà duquel la moitié des femmes étaient déjà stérilisées). Cet indicateur de position n'a pas connu de changement au cours des dix dernières années.

Tableau 5.9 Âge à la stérilisation

Répartition (en %) des femmes stérilisées selon leur âge au moment de la stérilisation et l'âge médian à la stérilisation, selon le nombre d'années écoulées depuis l'opération, EPSF Maroc 2003-04

Nombre d'années écoulées	Âge à la stérilisation[1]						Total	Effectif de femmes	Âge médian
	<25	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49			
<2	(0,0)	(8,0)	(20,2)	(47,2)	(19,7)	(5,0)	100,0	28	36,4
2-3	(0,0)	(10,4)	(24,8)	(49,1)	(15,6)	(0,0)	100,0	27	35,6
4-5	(0,0)	(4,3)	(18,3)	(44,9)	(32,5)	(0,0)	100,0	25	36,9
6-7	(0,0)	(14,1)	(35,7)	(42,2)	(7,9)	(0,0)	100,0	32	34,4
8-9	(0,0)	(12,1)	(38,8)	(35,8)	(13,3)	(0,0)	100,0	31	34,0
10+	6,4	26,3	48,4	18,8	0,0	0,0	100,0	113	a
Ensemble	2,8	17,2	37,2	32,6	9,6)	(0,5)	100,0	257	33,3

a = Non calculé du fait de données incomplètes.
[1] Les âges médians sont calculés uniquement pour les femmes stérilisées à moins de 40 ans pour éviter d'utiliser des données incomplètes.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

5.8 SOURCES D'APPROVISIONNEMENT DE LA CONTRACEPTION

Pour évaluer la contribution des différents secteurs médicaux public et privé dans la distribution ou la vente des différentes méthodes de contraception, on a demandé aux utilisatrices d'indiquer l'endroit où elles se procurent leur méthode. Les données sont présentées au tableau 5.10 et au graphique 5.5.

Tableau 5.10 Source d'approvisionnement

Répartition (en %) des utilisatrices actuelles de méthodes contraceptives modernes par source d'approvisionnement la plus récente, selon les méthodes, EPSF Maroc 2003-04

Source d'approvisionnement	Stérilisation féminine	Pilule	DIU	Injectables	Condom	Total[1]
Secteur public	78,6	49,8	84,4	97,7	36,4	56,4
Hôpital gouvernemental	74,5	1,2	6,4	7,8	3,8	6,2
Maternité	4,1	0,0	1,2	0,0	0,0	0,4
Centre de santé	0,0	44,1	75,0	82,1	29,9	45,8
Dispensaire	0,0	3,9	1,7	6,6	2,7	3,5
Visite à domicile	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2
Èquipe mobile	0,0	0,3	0,1	0,5	0,0	0,3
Autre public	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0
Secteur privé	13,2	49,3	14,4	2,0	60,1	42,2
Clinique privée	13,2	0,4	2,3	1,4	0,8	1,3
Pharmacie	0,0	48,1	0,4	0,6	59,3	39,0
Médecin, sage-femme	0,0	0,4	8,9	0,0	0,0	1,2
AMPF[2]	0,0	0,4	2,5	0,0	0,0	0,6
Autre médical privé	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1
Autre source	0,0	0,2	0,0	0,0	2,6	0,2
Amis, parents	0,0	0,2	0,0	0,0	2,6	0,2
Autre	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0
Ne sait pas	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Non déclaré	7,4	0,7	1,0	0,3	0,8	1,1
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	257	3,556	476	191	132	4,625

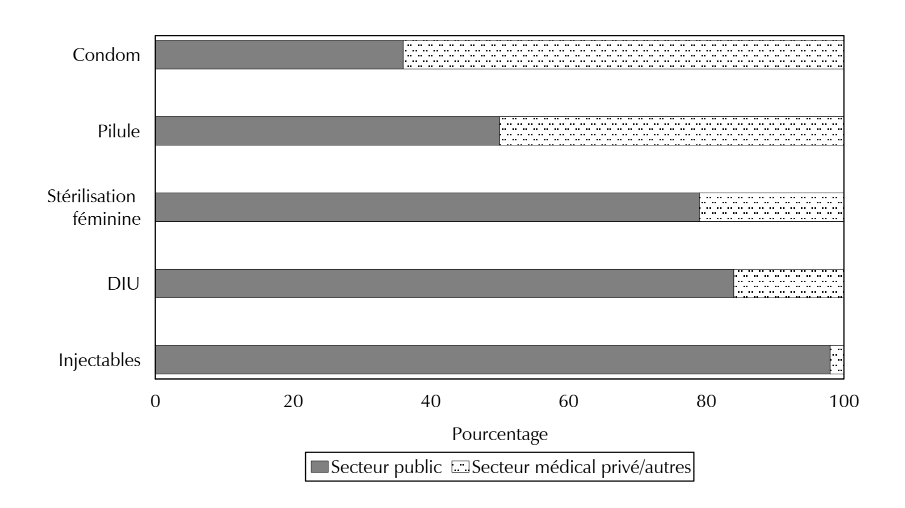
Note : Le tableau exclut la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)
[1] L'effectif total comprend 13 utilisatrices de mousse et de gelée
[2] Association marocaine de planification familiale

Dans leur majorité, les femmes, se procurent les méthodes modernes de contraception auprès du secteur public (56 %), dont 46 % auprès des centres de santé.

Pour les méthodes définitives ou de longue durée, le secteur médical public vient en tête avec 79 % pour la stérilisation féminine, 84 % pour le DIU et pour la quasi-totalité des injectables (98 %).

Pour les méthodes destinées à être utilisées directement par la femme et nécessitant un approvisionnement, les femmes se sont adressées pour moitié au secteur public et pour moitié au secteur privé pour le réapprovisionnement ou l'achat de la pilule. Pour le condom, c'est le secteur médical privé, constitué exclusivement par les pharmacies, qui occupe la première place avec 60 %.

Graphique 5.5 Sources d'approvisionnement de certaines méthodes contraceptives



EPSF Maroc 2003-04

5.9 INFORMATIONS RELATIVES AUX MÉTHODES CONTRACEPTIVES

Au niveau des formations sanitaires, les prestataires de services de planification familiale sont censés assurer des services complets à leur clientèle en leur communiquant, entre autres, des informations sur l'éventail des options contraceptives existantes et sur les effets secondaires de la méthode choisie, afin d'identifier des contre-indications éventuelles. L'information sur les effets secondaires a pour but d'aider les femmes à gérer les inconvénients éventuels et à éviter, par-là même, un abandon précoce des méthodes contraceptives adoptées. Ces informations, présentées au tableau 5.11, permettent aussi de corriger et de combattre certains préjugés concernant les méthodes de contraception.

Concernant la stérilisation féminine, sur l'ensemble des femmes ayant eu une ligature des trompes, on relève que dans 13 % des cas, les femmes ont déclaré ne pas avoir été informées du caractère irréversible de la méthode.

Moins d'une utilisatrice de méthodes contraceptives modernes sur cinq (19 %) ayant choisi la méthode actuelle au cours des cinq années ayant précédé l'enquête a déclaré avoir été informée sur les effets secondaires ou sur les problèmes qui pourraient survenir avec l'utilisation de la méthode choisie.

Selon la méthode choisie, on constate que les femmes utilisant le DIU ou les injectables ont déclaré avoir été mieux informées sur les effets secondaires (respectivement, 42 % et 56 %) que celles utilisant la contraception orale (14 %). Pour la stérilisation féminine, la proportion est à peine de 12 %.

En milieu urbain, une femme sur cinq (20 %) a été informée des effets secondaires de la méthode utilisée contre 17 % en milieu rural. Pour ce qui est du niveau d'instruction, 18 % des femmes sans instruction ou ayant une instruction de niveau primaire ont déclaré avoir été mises au courant des effets secondaires de la méthode utilisée contre 24 % quand il s'agit de femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus. Selon l'indice de bien-être, les femmes les plus informées des effets secondaires sont celles appartenant au quatrième quintile (23 %).

Tableau 5.11 Choix de la méthode et information

Pourcentage de femmes utilisatrices de méthodes contraceptives modernes qui ont choisi la méthode actuelle au cours des cinq années ayant précédé l'enquête et qui ont été informées des effets secondaires de la méthode utilisée, pourcentage de celles qui ont été informées sur ce qu'il fallait faire en cas d'effets secondaires, pourcentage de celles qui ont été informées des autres méthodes de contraception qu'elles pourraient utiliser et pourcentage de femmes stérilisées au cours des cinq années ayant précédé l'enquête qui ont été informées qu'elles ne pourraient plus avoir d'enfants, selon la méthode, la source initiale de la méthode et certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Méthode, source et caractéristique	Informée des effets secondaires de la méthode utilisée[1]	Informée de ce qu'il faut faire en cas d'effets secondaires[1]	Informée d'autres méthodes qu'elle pourrait utiliser[2]	Informée que la stérilisation est irréversible[3]
Méthode				
Stérilisation féminine	12,3	8,7	12,5	87,1
Pilule	14,4	11,9	25,5	na
DIU	42,1	37,2	41,8	na
Injections	56,2	40,3	54,2	na
Autres[4]	na	na	27,8	na
Milieu de résidence				
Urbain	20,2	17,3	29,1	87,8
Rural	17,4	13,0	25,8	85,6
Niveau d'instruction				
Aucune instruction	17,7	14,2	26,5	85,7
Primaire	18,0	14,8	28,3	88,5
Secondaire et plus	24,1	20,5	31,2	93,9
Quintile de bien-être				
Le plus pauvre	17,7	14,0	24,9	82,2
Second	16,6	13,0	29,3	80,1
Moyen	19,2	15,0	29,2	90,6
Quatrième	22,5	19,3	29,8	94,6
Le plus riche	18,9	16,5	25,3	84,6
Ensemble	19,0	15,6	27,7	87,1

na = Non applicable
[1] Concerne les utilisatrices de la stérilisation féminine, pilule, DIU, injections et implants.
[2] Concerne les utilisatrices de la stérilisation féminine, pilule, DIU, injections, implants, diaphragme, mousse ou gelée, et la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA).
[3] Femmes stérilisées qui ont été informées qu'elles ne pourraient plus avoir d'enfants.
[4] Diaphragme, mousse ou gelée, et Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA).

A la question de savoir si le prestataire avait parlé à la femme de ce qu'elle devait faire en cas de problèmes avec la méthode utilisée, plus de huit femmes sur dix (84 %) ont répondu négativement. Selon la méthode utilisée ou la caractéristique socio-démographique de la femme, on retrouve approximativement les mêmes variations, décrites ci-dessus, que pour les effets secondaires.

Pour ce qui est de l'éventail des options contraceptives, on voulait savoir si, au moment où la femme avait obtenu la méthode utilisée actuellement, on lui avait parlé des autres méthodes existantes. Moins de trois femmes sur dix (28 %) ont répondu qu'on leur avait effectivement parlé d'autres méthodes. Encore une fois, et sans que les différences soient importantes, il ressort de ces données que les femmes résidant en milieu rural ou celles sans instruction ont été celles auxquelles on avait le moins parlé de l'existence d'autres méthodes de contraception.

5.10 DISCONTINUATION DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

Les taux de discontinuation des méthodes contraceptives et les raisons de cette discontinuation sont des sujets d'intérêt pour les responsables des programmes nationaux de planification familiale. Pour répondre à ce besoin d'information, un calendrier d'évènements sur cinq années, recueillant des données détaillées sur les grossesses, les naissances, les durées de pratique contraceptive et les raisons d'arrêt a été utilisé lors de l'enquête. Les taux de discontinuation par méthode, tirés de ce calendrier, sont présentés au tableau 5.12. Ces taux ont été calculés en se basant sur l'utilisation durant les douze premiers mois, suivant la date de commencement, de la méthode utilisée. Les raisons de discontinuation ont été classées, après examen, en trois catégories principales : échec de la méthode, désir de tomber enceinte, utilisation d'une autre méthode, et autres raisons incluant les problèmes liés à l'utilisation d'une méthode spécifique, la désapprobation du mari, et l'absence de besoin d'utiliser une méthode contraceptive.

Pour l'ensemble l'ensemble des sept méthodes (pilule, DIU, injections, condom, MAMA, continence périodique et retrait), on constate que 5 % des utilisatrices ont renoncé à leur méthode avant la fin de la première année pour raison d'échec de la méthode (femmes tombées enceintes pendant l'utilisation) ; 8 % ont répondu avoir cessé l'utilisation de la contraception parce qu'elles voulaient tomber enceintes, 17 % ont déclaré utiliser une méthode différente au cours du mois suivant la discontinuation ou ont déclaré vouloir une méthode plus efficace et ont commencé à utiliser une autre méthode au cours des deux mois de discontinuation, et 14 % ont cessé pour d'autres raisons telles que la stérilité et la ménopause.

Tableau 5.12 Taux de discontinuation des méthodes contraceptives au cours de la première année

Pourcentage de femmes utilisatrices de la contraception qui ont discontinué une méthode contraceptive au cours des 12 mois suivant le début de son utilisation, en fonction de la raison de discontinuation, selon la méthode, EPSF Maroc 2003-04

	Raison de discontinuation				
Méthode	Échec de la méthode	Désir de tomber enceinte	Utiliser une autre méthode[1]	Autres raisons	Total
Pilule	3,9	9,7	8,3	19,0	40,9
DIU	1,3	0,7	11,2	2,0	15,3
Injections	1,2	3,8	33,2	14,2	52,4
Condom masculin	2,9	6,7	33,0	7,8	50,4
MAMA	7,1	2,4	42,3	3,2	55,0
Continence périodique	18,5	7,8	20,4	4,1	50,8
Retrait	8,2	11,2	21,2	6,7	47,3
Toutes les méthodes	5,3	7,8	16,5	13,6	43,2

Note : Le tableau est basé sur des pèriòdes d'utilisation de la contraception qui ont commencé 3-59 mois avant l'enquête.
MAMA = Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée.
[1] A utilisé une méthode différente au cours du mois suivant la discontinuation ou a déclaré vouloir une méthode plus efficace et a commencé à utiliser une autre méthode au cours des deux mois de discontinuation.

Comme on pouvait s'y attendre, les méthodes traditionnelles (abstinence périodique et retrait) et la MAMA présentent les taux de discontinuation les plus élevés. Par exemple, pratiquement une femme sur cinq (19 %) qui a utilisé la continence périodique est tombée enceinte parce que sa méthode a échoué. En tenant compte de toutes les raisons d'arrêt, les taux varient de 15 % (le niveau le plus faible) pour le DIU à 55 % (le niveau le plus élevé) pour la MAMA.

5.11 RAISONS DE DISCONTINUATION DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

Le tableau 5.13 présente les données concernant la raison principale de discontinuation parmi les femmes qui ont arrêté (une ou plusieurs fois) la contraception au cours des cinq années ayant précédé l'enquête.

Pour l'ensemble des méthodes, les données montrent que la raison d'abandon la plus constamment évoquée est le désir d'avoir d'autres enfants (29 %). Le fait de tomber enceinte tout en utilisant, les problèmes de santé, la recherche de méthodes plus efficaces et les rapports sexuels peu fréquents (ou l'absence du mari) sont cités à raison de 13 à 15 % comme raison d'abandon. Ces quatre dernières raisons constituent à elles seules plus de la moitié des causes de discontinuation.

Tableau 5.13 Raisons de discontinuation

Répartition (en %) des femmes qui ont discontinué une méthode contraceptive dans les cinq dernières années ayant précédé l'enquête par méthode et selon la raison principale de discontinuation, EPSF Maroc 2003-04

Raison de discontinuité	Pilule	DIU	Injec-tion	Condom	Mousse/gelée	MAMA[1]	Continence périodique	Retrait	Toutes les méthodes
Enceinte pendant l'utilisation	13,5	1,9	1,7	10,4	(21,3)	12,3	40,0	24,3	14,6
Désire une grossesse	35,8	28,0	9,4	23,6	(27,3)	8,0	24,2	26,3	28,5
Mari désapprouve	0,3	0,3	0,0	3,8	(1,7)	0,0	0,8	1,4	0,4
Effets secondaires	3,1	10,6	22,6	0,5	(4,1)	0,3	0,2	0,4	3,3
Problèmes de santé	16,9	42,6	48,7	0,6	(0,0)	1,3	1,3	1,5	14,6
Accès/disponibilité	0,3	0,0	0,6	0,5	(0,0)	0,0	0,2	0,0	0,2
Veut une méthode plus efficace	2,5	2,4	0,6	27,9	(21,8)	61,0	16,8	23,0	14,3
Pas commode à utiliser	0,4	1,2	1,9	16,7	(4,0)	4,9	1,7	3,1	1,8
Rapports sexuels peu fréquents/ mari absent	18,6	2,6	1,4	7,7	(2,7)	1,9	3,2	7,2	12,6
Trop chère	0,0	0,0	0,3	0,0	(3,9)	0,0	0,0	0,0	0,0
Fataliste	0,1	0,2	0,6	0,0	(0,0)	0,1	0,0	0,0	0,1
Difficulté à être enceinte/ en ménopause	0,8	2,1	1,9	1,5	(0,0)	0,8	1,7	2,7	1,1
Rupture d'union/en séparation	0,9	0,2	0,0	0,6	(0,0)	0,3	0,6	0,3	0,6
Autre	3,5	5,7	6,6	3,2	(8,4)	5,2	3,2	6,3	4,1
ND	3,5	2,3	3,7	2,8	(4,8)	3,9	6,2	3,3	3,7
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nombre de ruptures	5 571	485	313	187	26	1 432	561	538	9 126

Note : Les données ne sont présentées pour les utilisatrices des méthodes suivantes vu le faible nombre de cas : implants (1 cas), diaphragme (2 cas) et autres (10 cas)
[1] MAMA = Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

L'abandon pour raisons de santé et effets secondaires semble être principalement le fait des femmes utilisant les injectables (49 %) et le DIU (43 %) et dans une moindre mesure des utilisatrices de la pilule (17 %). Par ailleurs, l'abandon pour des méthodes plus efficaces a été fréquemment cité par les utilisatrices de la MAMA (61 %), du condom (28 %), et dans une moindre mesure de la continence périodique et du retrait (17 % et 23 %). Enfin, 40 % des utilisatrices de la continence périodique, 24 % des utilisatrices du retrait et 14 % des utilisatrices de la pilule ont abandonné du fait qu'elles sont tombées enceintes tout en utilisant ces méthodes.

5.12 UTILISATION FUTURE DE LA CONTRACEPTION

On a demandé aux femmes qui n'utilisaient pas la contraception au moment de l'enquête, si elles avaient l'intention d'utiliser une méthode dans l'avenir. Le tableau 5.14 fournit la distribution des femmes mariées selon l'intention d'utiliser une méthode de contraception dans le futur.

Plus du tiers des femmes mariées (36 %) qui n'utilisaient pas une méthode contraceptive au moment de l'enquête ont déclaré ne pas avoir l'intention de le faire dans l'avenir. Par contre, 62 % avaient l'intention de l'utiliser dans le futur. Par ailleurs, selon le nombre d'enfants, on constate que 67 % des femmes nullipares ont déclaré avoir l'intention d'utiliser une méthode de planification familiale. Cette proportion dépasse 70 % chez les femmes ayant 1 à 2 enfants ; par contre, chez les grandes multipares (4 enfants ou plus), l'intention d'utiliser n'est que de 42 %.

Tableau 5.14 Utilisation future

Répartition (en %) des femmes actuellement mariées n'utilisant pas actuellement de méthode, par intention d'utiliser une méthode dans l'avenir, selon le nombre d'enfants vivants, EPSF Maroc 2003-04

	Nombre d'enfants vivants[1]					
Intention	0	1	2	3	4+	Total
A l'intention d'utiliser	66,5	77,4	72,9	62,1	42,0	61,5
Incertaine	5,0	2,1	1,8	1,1	1,4	2,3
N'a pas l'intention d'utiliser	27,9	20,2	24,2	36,2	56,2	35,7
Manquant	0,6	0,3	1,2	0,5	0,4	0,6
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	614	634	552	440	1 010	3 250

[1] Y compris la grossesse actuelle

5.13 RAISON DE NON UTILISATION DE LA CONTRACEPTION

Aux femmes non utilisatrices de la contraception et qui ont déclaré ne pas avoir l'intention de l'utiliser dans l'avenir, on a demandé quelle en était la raison. Les données du tableau 5.15 montrent que c'est la sous fécondité/stérilité qui est la raison la plus fréquemment évoquée (44 % des femmes), suivies, dans une proportion de 12 à 13 %, de raisons relatives aux rapports sexuels peu fréquents, à la ménopause (presque exclusivement des femmes de 30 ans et plus) et à des raisons relatives aux méthodes elles-mêmes (problèmes de santé et effets secondaires notamment).

Selon l'âge, il faut noter les proportions importantes de jeunes (30 %) qui désirent d'autres enfants, qui s'opposent (elles ou leurs maris) à l'utilisation de la contraception (24 %) et, dans une moindre mesure, qui évoquent des raisons liées aux méthodes elles-mêmes (effets secondaires et problèmes de santé) dans une proportion de 15 %.

Tableau 5.15 Raisons pour lesquelles les femmes n'ont pas l'intention d'utiliser la contraception

Répartition (en %) des femmes actuellement mariées qui n'utilisent pas actuellement une méthode contraceptive et qui n'ont pas l'intention d'en utiliser une dans l'avenir, par âge et selon la principale raison pour laquelle elles n'ont pas l'intention d'utiliser la contraception, EPSF Maroc 2003-04

	Âge		
Raison	15-29	30-49	Total
Raisons relatives à la fécondité	57,4	80,3	78,7
Rapports sexuels peu fréquents, pas de rapports	11,5	13,0	12,9
Ménopause/hystérectomie	1,3	13,6	12,7
Sous-féconde/stérilité	14,2	46,6	44,3
Veut autant d'enfants que possible	30,3	7,1	8,8
Opposition à l'utilisation	24,0	4,5	5,9
Enquêtée opposée	14,8	1,7	2,6
Mari/conjoint opposé	8,8	1,7	2,2
Interdits religieux	0,5	1,1	1,1
Manque de connaissance	1,0	0,1	0,2
Ne connaît aucune méthode	1,0	0,1	0,2
Raisons relatives à la méthode	15,1	12,1	12,3
Problèmes de santé	6,2	9,2	9,0
Peur des effets secondaires	7,2	2,5	2,8
Difficulté d'accès, trop éloignée	0,0	0,2	0,2
Trop chère	0,0	0,1	0,1
Interfère avec le processus normal du corps	1,8	0,2	0,3
Autre	1,0	1,7	1,7
Ne sait pas	0,0	1,0	1,0
Non déclaré	1,6	0,2	0,3
Ensemble	100,0	100,0	100,0
Effectif	82	1 077	1 159

5.14 MÉTHODE CONTRACEPTIVE PRÉFÉRÉE

Pour évaluer la demande potentielle des différents types de méthodes contraceptives, on a demandé aux femmes mariées ayant l'intention d'utiliser la contraception dans l'avenir, de spécifier la méthode de leur choix.

Il ressort des données du tableau 5.16 que les méthodes modernes sont les plus fréquemment citées, avec notamment 71 % pour la pilule, 12 % pour le DIU, 4 % pour les injectables et dans une proportion égale, 4 % pour la stérilisation féminine.

Selon l'âge, les femmes de moins de 30 ans ont cité la pilule à raison de trois sur quatre (76 %) contre deux sur trois (66 %) pour celles au-delà de cet âge. Dans ce dernier groupe, la stérilisation féminine est citée à raison de 7 % contre 1 % chez les autres.

Tableau 5.16 Méthode contraceptive future préférée

Répartition en % des femmes actuellement mariées qui n'utilisent pas actuellement une méthode mais qui ont l'intention d'en utiliser une dans l'avenir, par méthode préférée, selon l'âge, EPSF Maroc 2003-04

	Âge		
Méthode	15-29	30-49	Total
Stérilisation féminine	1,4	7,3	4,1
Stérilisation masculine	0,0	0,0	0,0
Pilule	76,2	65,6	71,3
DIU	11,5	13,5	12,4
Injectables	4,6	4,1	4,4
Implants	0,0	0,5	0,2
Condom	0,5	0,5	0,5
Mousse/gelée	0,0	0,3	0,1
MAMA	0,4	0,4	0,4
Continence périodique	1,8	3,2	2,4
Retrait	1,2	2,4	1,8
Pas sure	2,4	2,1	2,2
Non déclaré	0,0	0,1	0,0
Ensemble	100,0	100,0	100,0
Effectif	1 085	914	1 999

5.15 SOURCES D'INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION

Les média peuvent se révéler très utiles en tant que support pour la diffusion d'informations sur la planification familiale en général et sur les différentes méthodes de contraception. Dans cette optique, on a demandé à l'ensemble des femmes si elles avaient entendu ou vu un message quelconque sur la planification familiale à la radio, à la télévision ou dans un journal/magazine durant les derniers mois ayant précédé l'enquête. Les résultats du tableau 5.17 permettent de constater que sept femmes sur dix (70 %) n'ont entendu ou vu aucun message dans aucun des médias cités. Un peu plus d'une femme sur dix (14 %) a déclaré avoir entendu un message sur la planification familiale à la radio, 27 % l'ont vu à la télévision et 4 % dans un journal ou magazine.

Tableau 5.17 Exposition aux messages sur la planification familiale

Pourcentage de femmes qui, au cours des derniers mois ayant précédé l'enquête, ont, soit entendu à la radio, soit vu à la télévision ou dans un journal ou une revue, un message sur la planification familiale, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	Radio	Télévision	Journaux/ magazine	Aucun des trois médias	Effectif de femmes
Âge actuel					
15-19	13,5	28,1	6,3	68,1	3 295
20-24	15,7	28,9	4,8	67,2	3 011
25-29	15,3	29,1	4,5	67,7	2 584
30-34	14,4	26,2	3,9	70,3	2 245
35-39	13,1	25,2	3,6	72,4	2 055
40-44	13,3	25,0	3,6	71,4	1 921
45-49	11,2	21,9	1,8	76,1	1 687
Milieu de résidence					
Urbain	15,1	32,0	6,6	64,8	10 159
Rural	12,2	18,8	0,9	77,7	6 639
Niveau d'instruction					
Aucune instruction	10,5	19,2	0,4	78,2	8 406
Primaire	16,1	30,1	3,0	66,9	3 317
Secondaire et plus	18,4	37,4	11,8	58,0	5 075
Quintile de bien-être					
Le plus pauvre	9,6	10,5	0,2	84,8	2 959
Second	13,1	21,8	1,4	75,1	3 145
Moyen	13,7	29,8	3,3	68,0	3 380
Quatrième	16,1	34,5	6,6	62,6	3 600
Le plus riche	16,4	33,9	8,9	62,3	3 714
Ensemble	14,0	26,8	4,4	69,9	16 798

Comme cela était prévisible, les résultats mettent en évidence des disparités importantes selon les caractéristiques des femmes : les femmes du milieu urbain, celles les plus instruites et les femmes appartenant aux ménages les plus aisés sont celles qui ont le plus accès à l'information. Néanmoins, il reste que presque deux tiers (65 %) des femmes résidant en milieu urbain et 58 % de celles de niveau d'instruction secondaire et au-delà, n'avaient été exposées à aucun message.

5.16 CONTACT DES NON-UTILISATRICES AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Lors de l'EPSF, on a posé aux femmes non utilisatrices de méthodes contraceptives des questions pour savoir si au cours des 12 derniers mois, elles avaient reçu la visite d'un professionnel de santé qui leur avait parlé de planification familiale. On leur a également demandé si elles s'étaient rendues dans un centre de santé au cours des 12 derniers mois et, dans l'affirmative, si on leur avait parlé de planification familiale. Ce type d'information est utile pour déterminer dans quelle mesure les non utilisatrices sont touchées par les programmes de planification familiale.

Quatre-vingt-onze pour cent des non utilisatrices (tableau 5.18) ont déclaré qu'au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, elles n'avaient pas discuté de planification familiale avec un agent de

terrain ou dans un établissement sanitaire ; environ 26 % sont allées dans un établissement sanitaire mais n'ont pas discuté de planification familiale. A l'opposé, seulement 6 % des femmes non utilisatrices se sont rendues dans un établissement et ont discuté de planification familiale.

Au niveau national, seulement 4 % des femmes ont été contactées par un professionnel de la santé durant les 12 derniers mois ayant précédé l'enquête. Ces visites ne sont apparemment fréquentes nulle part. En milieu urbain, cette proportion est plus faible qu'en milieu rural (2 % contre 6 %).

Le niveau d'instruction est négativement associé aux visites des professionnels de santé : 4 % des femmes sans instruction contre 2 % des femmes avec une instruction secondaire ou plus ont reçu la visite d'un professionnel de santé au cours des 12 derniers mois.

Tableau 5.18 Contact des non-utilisatrices de la contraception avec des prestataires de planification familiale

Pourcentage des non-utilisatrices de la contraception qui, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, ont été contactées par un agent de terrain qui leur a parlé de planification familiale (PF), pourcentage qui ont visité un établissement sanitaire et qui ont parlé de planification familiale, et pourcentage qui ont visité un établissement sanitaire mais qui n'ont pas parlé de planification familiale, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003

Caractéristique socio-démographique	Femmes ayant reçu la visite d'un agent de terrain et discuté de PF	Femmes qui sont allées dans un établissement sanitaire et ayant discuté de la PF	Femmes qui sont allées dans un établissement sanitaire mais n'ayant pas discuté de PF	N'a pas discuté de PF avec un agent de terrain ou dans un établissement sanitaire	Effectif de femmes
Âge actuel					
15-19	4.0	8.2	24.3	88.8	229
20-24	4.0	6.7	28.4	89.7	513
25-29	3.6	7.8	28.7	89.6	637
30-34	3.0	6.5	28.6	90.8	571
35-39	4.1	3.7	30.3	92.4	602
40-44	3.9	6.4	23.7	91.2	651
45-49	3.3	3.3	19.6	94.1	927
Milieu de résidence					
Urbain	1.9	6.3	27.4	92.5	2,308
Rural	5.8	4.9	23.9	90.0	1,823
Niveau d'instruction					
Aucune instruction	4.3	5.2	25.6	91.3	2,710
Primaire	3.0	6.1	27.5	91.4	754
Secondaire ou plus	1.7	7.2	24.8	91.9	668
Quintile de bien-être					
Le plus pauvre	5.0	4.2	22.1	91.8	846
Second	4.7	5.9	29.9	89.6	851
Moyen	4.3	7.0	29.0	89.5	904
Quatrième	1.7	5.8	26.3	93.0	836
Le plus riche	2.2	5.3	20.6	93.7	695
Ensemble	3.6	5.7	25.8	91.4	4,132

5.17 DISCUSSION AVEC LE MARI ET OPINIONS ET ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Les opinions, les attitudes et la discussion éventuelle avec le mari de la planification familiale peut constituer un élément décisif pour la pratique de la contraception. L'enquête s'est donc penchée sur ces questions, tant il est vrai qu'en la matière, le rôle joué par l'époux peut influencer grandement la décision de la femme.

Tableau 5.19 Discussion de la planification familiale avec le mari

Répartition (en %) des femmes actuellement mariées et connaissant une méthode contraceptive, en fonction du nombre de fois qu'elles ont discuté de planification familiale (PF) avec leur mari au cours de l'année passée, selon l'âge actuel, Maroc 2003

Age actuel	Nombre de fois que la femme a discuté de la PF avec son mari : Jamais	Une ou deux fois	Trois fois ou plus	ND	Total	Effectif
15-19	31,1	33,7	35,0	0,2	100,0	345
20-24	27,5	36,9	34,8	0,9	100,0	1 094
25-29	31,8	32,7	35,2	0,3	100,0	1 408
30-34	34,2	32,1	33,3	0,5	100,0	1 518
35-39	42,3	27,0	30,0	0,8	100,0	1 552
40-44	50,6	24,9	23,9	0,6	100,0	1 516
45-49	66,6	16,8	15,7	0,9	100,0	1 335
Ensemble	42,1	28,4	29,0	0,6	100,0	8 767

Il ressort des résultats présentés au tableau 5.19 qu'au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, 42 % des femmes mariées et connaissant une méthode contraceptive, n'ont jamais discuté de planification familiale avec leur mari. Plus de la moitié des femmes (57 %) ont déclaré avoir abordé le sujet avec leur mari : 28 % d'entre elles en ont discuté une ou deux fois seulement et une même proportion (29 %) en a souvent parlé (plus de deux fois) au cours des douze derniers mois avant l'enquête.

Selon l'âge, entre 15 et 34 ans, les proportions varient très peu. On peut retenir qu'entre ces âges, un tiers des femmes n'a jamais discuté de planification familiale, un autre tiers en a discuté une ou deux fois et le dernier tiers en a souvent parlé (plus de deux fois) au cours des douze derniers mois.

Par ailleurs, on a posé aux femmes des questions pour savoir si, de façon générale, elles (et leur mari) approuvent ou désapprouvent les couples qui utilisent une méthode de contraception pour éviter une grossesse.

Cette question a permis de déterminer l'opinion des couples en matière de planification familiale (tableau 5.20). Dans la quasi-totalité des couples (93 %), le mari et la femme ont la même opinion sur la planification familiale. Dans 92 % des cas, les deux conjoints approuvent la planification familiale, alors que dans 1 % des cas, les deux la désapprouvent.

Étant donné le pourcentage élevé de couples qui approuvent la planification familiale on ne constate pas de différences importantes selon les caractéristiques socio-démographiques prises en compte (âge, milieu de résidence, région, niveau d'instruction ou quintile de bien-être).

Tableau 5.20 Opinion des couples face à la planification familiale

Répartition en % des femmes actuellement en union qui connaissent une méthode de planification familiale PF, en fonction du fait qu'elles approuvent, ou non, la planification familiale et en fonction de leur perception de l'opinion de leur conjoint concernant la planification familiale selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

	Enquêtée approuve la planification familiale			Enquêtée désapprouve la planification familiale					
Caractéristique socio-démographique	Mari approuve	Mari désapprouve	Opinion du mari non connue/ND	Mari approuve	Mari désapprouve	Opinion du mari non connue/ND	Enquêtée pas sûre	Total	Effectif
Âge actuel									
15-19	91,3	3,0	3,5	0,8	1,1	0,0	0,2	100,0	345
20-24	94,7	1,7	1,8	0,2	0,7	0,2	0,7	100,0	1 094
25-29	93,7	2,3	2,4	0,2	0,9	0,1	0,4	100,0	1 408
30-34	92,8	3,3	2,5	0,2	0,7	0,1	0,5	100,0	1 518
35-39	93,9	2,5	2,0	0,4	0,6	0,2	0,4	100,0	1 552
40-44	89,2	4,1	4,2	0,2	1,5	0,4	0,4	100,0	1 516
45-49	85,1	4,6	6,2	0,7	2,5	0,2	0,7	100,0	1 335
Résidence									
Urbain	94,1	2,4	2,7	0,2	0,5	0,0	0,1	100,0	5 014
Rural	88,1	4,1	3,9	0,5	2,1	0,4	0,9	100,0	3 752
Région									
Laayoune-Boujdou-sakia Al Hamra	*	*	*	*	*	*	*	100,0	22
Guelmim-Es-smara	93,0	3,9	0,6	0,6	1,3	0,5	0,0	100,0	123
Souss-Massa-Draâ	89,5	4,1	3,1	0,3	2,6	0,3	0,1	100,0	889
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	92,2	2,9	1,9	0,8	1,5	0,0	0,6	100,0	490
Chaouia-Ouardigha	96,7	2,3	0,6	0,0	0,3	0,0	0,1	100,0	568
Marrakech-Tensift-Al Haouz	91,2	2,0	4,2	0,6	0,2	0,1	1,7	100,0	936
Oriental	91,7	2,9	4,0	0,1	0,6	0,2	0,4	100,0	598
Grand-Casablanca	93,9	2,0	3,9	0,0	0,0	0,0	0,1	100,0	988
Rabat-Sale-Zemmour-Zaër	93,5	3,1	2,2	0,6	0,4	0,0	0,2	100,0	717
Doukkala-Abda	96,0	2,4	1,0	0,4	0,0	0,0	0,1	100,0	572
Tadla-Azilal	87,2	4,0	5,4	0,2	2,9	0,3	0,0	100,0	421
Meknès-Tafilalet	94,6	1,7	2,1	0,0	1,4	0,0	0,1	100,0	655
Fès-Boulmane	87,6	7,0	2,6	0,4	1,5	0,6	0,3	100,0	471
Taza-Al Hoceima-Taounate	84,3	3,7	9,1	0,1	1,4	0,4	1,0	100,0	574
Tanger-Tétouan	88,5	4,2	2,0	0,6	3,1	0,6	0,9	100,0	743
Niveau d'instruction									
Aucune instruction	88,8	4,0	4,1	0,5	1,6	0,3	0,7	100,0	5 552
Primaire	94,8	2,2	2,1	0,1	0,6	0,1	0,1	100,0	1 515
Secondaire et plus	97,6	1,0	1,2	0,0	0,2	0,0	0,0	100,0	1 700
Quintile de bien-être									
Le plus pauvre	85,1	4,5	5,5	0,4	2,7	0,3	1,4	100,0	1 692
Second	90,2	3,0	3,6	0,6	1,6	0,4	0,7	100,0	1 759
Moyen	91,8	3,7	2,9	0,4	0,8	0,3	0,2	100,0	1 783
Quatrième	93,8	2,8	2,8	0,1	0,5	0,0	0,0	100,0	1 699
Le plus riche	96,2	1,8	1,4	0,2	0,3	0,0	0,1	100,0	1 833
Ensemble	91,5	3,1	3,2	0,3	1,2	0,2	0,5	100,0	8 767

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

5.18 CONCLUSION

On retiendra des données de ce chapitre que :

Les femmes mariées aussi bien que l'ensemble des femmes connaissent les méthodes contraceptives. Elles en ont cité 7 à 8 en moyenne. On relève, toutefois, que la continence périodique ne repose pas sur une base scientifique puisque 60 % des femmes ne savent pas situer correctement la période féconde et méritent par conséquent une attention particulière.

L'utilisation de la contraception a progressé de 58 à 63 % parmi les femmes mariées lors des dernières années mais en enregistrant, contrairement au passé, un peu moins d'un point par an. Ce changement est dû à la seule augmentation qu'a connu le milieu rural puisque le milieu urbain est resté exactement au niveau atteint en 1997.

L'éventail des méthodes contraceptives continue à être invariablement dominée par la pilule. C'est une méthode contraceptive, potentiellement demandée pour une utilisation future par celles qui n'utilisent pas actuellement mais qui souhaitent adopter une méthode à l'avenir. Méthode aussi, pour laquelle la moitié des utilisatrices s'adressent au secteur privé et l'autre moitié au secteur public ; secteur qui reste prépondérant quant aux méthodes de longues durées.

Parmi les femmes mariées, une bonne partie des utilisatrices notamment du DIU et des injectables ont arrêté d'utiliser au cours des cinq dernières années, évoquant les effets secondaires et les problèmes pour la santé comme raisons de discontinuation. D'autre part, plus de huit femmes mariées sur dix ont déclaré n'avoir pas été informées des effets secondaires de la méthode choisie. Ce résultat met en évidence la nécessité d'améliorer la qualité des consultations en ce qui concerne la présentation des méthodes.

NUPTIALITÉ ET EXPOSITION AUX RISQUES DE GROSSESSE 6

Khadija Loudghiri

Ce chapitre est consacré à la présentation d'un certain nombre de facteurs qui, en dehors de l'utilisation des méthodes contraceptives, jouent un rôle déterminant sur la fécondité : il s'agit de la nuptialité, de l'aménorrhée et de l'abstinence post-partum.

6.1 ÉTAT MATRIMONAL

Le tableau 6.1 et le graphique 6.1 présentent la répartition des femmes selon leur état matrimonial au moment de l'enquête. On constate que près de six femmes sur dix en âge de reproduction (58 %) avaient déjà contracté un premier mariage au moment de l'enquête : 52 % étaient mariées, 4 % étaient divorcées ou séparées et 2 % étaient veuves. À 15-19 ans, la quasi-totalité des femmes sont encore célibataires (89 %). Si l'on compare cette proportion à celle observée en 1997 lors de l'enquête ENSME (87 %), on note une légère augmentation, que l'on peut attribuer à une baisse des mariages précoces.

Tableau 6.1 État matrimonial actuel

Répartition (en %) des femmes par état matrimonial actuel, selon l'âge, EPSF Maroc 2003-04

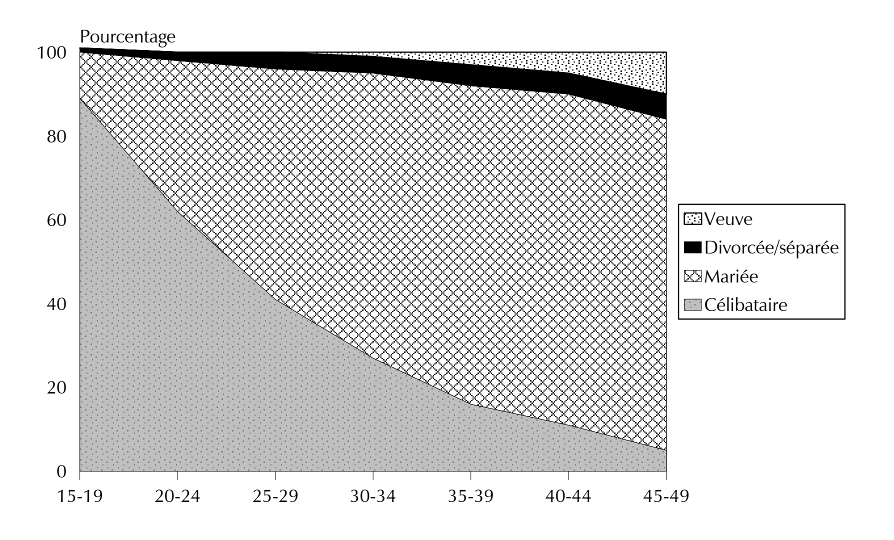
Groupe d'âges	État matrimonial					Total	Effectif
	Célibataire	Mariée	Divorcée	Séparée	Veuve		
15-19	89,0	10,5	0,5	0,1	0,0	100,0	3 295
20-24	61,7	36,4	1,8	0,1	0,0	100,0	3 011
25-29	40,7	54,5	4,1	0,3	0,4	100,0	2 584
30-34	26,9	67,7	4,1	0,3	1,0	100,0	2 245
35-39	16,3	75,7	4,9	0,5	2,5	100,0	2 055
40-44	11,3	79,1	4,6	0,2	4,9	100,0	1 921
45-49	4,6	79,3	5,4	0,4	10,3	100,0	1 687
Ensemble	42,1	52,3	3,3	0,2	2,1	100,0	16 798

En outre, les résultats montrent que plus on avance en âge, plus la proportion des célibataires diminue. Cette proportion qui est de 89 % à 15-19 ans passe à 27 % à 30-34 ans, et à 45-49 ans seulement 5 % des femmes sont encore célibataires. À l'opposé, la proportion des mariées croît avec l'âge.

6.2 ÂGE AU PREMIER MARIAGE

Compte tenu de la relation assez étroite entre l'âge à la première union et le début de la vie féconde, il est important d'étudier le calendrier de la primo nuptialité. Le tableau 6.2 présente les proportions de femmes déjà en union à différents âges, ainsi que les âges médians au premier mariage.

Graphique 6.1 État matrimonial actuel des femmes de 15-49 ans



EPSF Maroc 2003-04

Tableau 6.2 Âge au premier mariage

Pourcentage de femmes qui étaient déjà mariées avant d'atteindre les âges exacts 15, 18, 20, 22 et 25 ans et âge médian au premier mariage, selon l'âge actuel, EPSF Maroc 2003-04

Âge actuel	Pourcentage selon l'âge exact au premier mariage : 15	18	20	22	25	Pourcentage de célibataires	Effectif	Âge médian au 1er mariage
15-19	1,6	na	na	na	na	89,0	3 295	a
20-24	2,5	15,9	26,3	na	na	61,7	3 011	a
25-29	4,6	18,7	30,8	41,9	53,8	40,7	2 584	23,9
30-34	5,7	23,3	35,8	46,3	57,8	26,9	2 245	22,7
35-39	6,8	26,7	40,6	52,1	65,1	16,3	2 055	21,5
40-44	10,4	34,3	51,1	62,1	72,9	11,3	1 921	19,9
45-49	14,2	40,9	58,0	69,8	80,4	4,6	1 687	19,0
20-49	6,7	25,0	38,4	na	na	30,7	13 503	a
25-49	7,9	27,7	41,9	53,0	64,7	21,8	10 492	21,4

na = Non applicable
a = Non calculé parce que moins de 50 % des femmes se sont mariées pour la première fois avant d'atteindre le début du groupe d'âges

Les résultats du tableau 6.2 montrent une tendance à l'augmentation de l'âge au premier mariage. En effet, par rapport aux femmes des générations anciennes, celles des jeunes générations se marient moins fréquemment à des âges précoces. L'extension de la scolarisation pourrait expliquer du moins en partie cette forte décroissance. À titre d'exemple, 14 % des femmes nées entre 1954 et 1958 et âgées à l'enquête de 45-49 ans étaient déjà mariées en atteignant 15 ans et 41 % l'étaient en atteignant 18 ans. Ces proportions sont respectivement de l'ordre de 5 % et de 19 % pour les générations nées entre 1974 et 1978 et âgées à l'enquête de 25-29 ans. Parmi les femmes les plus jeunes, seule une faible proportion (2 %) avait déjà contracté un premier mariage en atteignant 15 ans.

Pour les femmes de 25-29 ans à l'enquête, cet âge médian est estimé à 23,9 ans contre 19,0 ans pour celles de 45-49 ans.

Par ailleurs, le tableau 6.3 présente une comparaison de l'âge médian au premier mariage en 1997 et en 2003. On constate que, parmi les femmes de 25-49 ans, l'âge médian au premier mariage est passé de 20,8 ans en 1997 à 21,4 ans en 2003. C'est dans le groupe d'âges 35-39 ans que l'on note le changement le plus important, l'âge médian étant passé de 19,7 ans à 21,5 ans.

Tableau 6.3 Âge médian au premier mariage selon deux sources

Âge médian au premier mariage des femmes de 25-49 ans, selon l'âge actuel et selon les deux enquêtes, ENSME de 1997 et l'EPSF de 2003-04

Âge actuel	ENSME 1997	EPSF 2003-04
25-29	23,8	23,9
30-34	22,2	22,7
35-39	19,7	21,5
40-44	19,4	19,9
45-49	18,5	19,0
25-49	20,8	21,4

Le tableau 6.4 présente l'âge médian en fonction de certaines caractéristiques socio-démographiques. On constate en premier lieu que l'âge médian au premier mariage diffère selon le milieu de résidence. En effet, en milieu urbain, les femmes se marient 2,8 ans plus tard qu'en milieu rural. Cet écart est plus marqué dans les générations récentes (3,1 ans pour les femmes âgées entre 30 et 34 ans) que dans les plus anciennes (1,6 ans pour les femmes âgées entre 45 et 49 ans). Selon les régions, on constate que c'est dans la région du Grand Casablanca que l'âge au premier mariage est le plus élevé (24.8 ans). À l'opposé, avec un âge médian de 18,9 ans, la région de Tadla-Azilal est celle où les femmes se marient le plus tôt, comme le montre le graphique 6.2.

Tableau 6.4 Âge médian au premier mariage

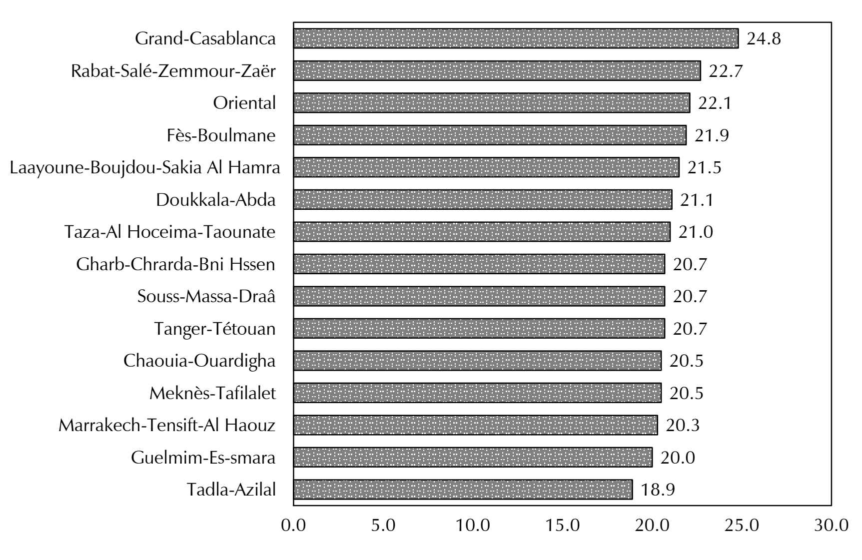
Âge médian au premier mariage des femmes de 25-49 ans, par âge actuel et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	Âge actuel					Âge
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	25-49
Milieu de résidence						
Urbain	a	24,0	23,2	20,8	19,7	22,6
Rural	21,8	20,9	19,5	18,6	18,1	19,8
Région						
Laayoune-Boujdou-sakia Al Hamra	20,4	24,7	22,9	19,7	16,5	21,5
Guelmim-Es-smara	22,8	20,8	20,2	17,6	19,0	20,0
Souss-Massa-Draâ	23,3	20,5	21,6	18,8	18,4	20,7
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	23,5	21,2	20,8	20,3	18,6	20,7
Chaouia-Ouardigha	22,3	19,9	20,8	20,2	18,6	20,5
Marrakech-Tensift-Al Haouz	21,6	21,3	20,3	19,0	19,0	20,3
Oriental	a	26,4	21,3	19,7	18,1	22,1
Grand-Casablanca	a	27,9	25,2	23,4	20,8	24,8
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	24,7	23,9	23,1	21,4	21,4	22,7
Doukkala-Abda	24,3	21,8	20,3	19,7	19,8	21,1
Tadla-Azilal	19,6	20,9	18,5	17,8	16,9	18,9
Meknès-Tafilalet	22,4	21,9	20,9	18,9	18,2	20,5
Fès-Boulmane	24,0	23,6	21,6	19,7	19,2	21,9
Taza-Al Hoceima-Taounate	a	24,8	20,7	19,8	18,7	21,0
Tanger-Tétouan	23,6	21,7	21,0	19,7	18,2	20,7
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	21,3	20,4	19,6	18,6	18,4	19,5
Primaire	23,8	23,8	23,2	21,7	19,1	22,7
Secondaire et plus	a	27,7	27,6	26,5	24,5	a
Quintile de bien-être						
Le plus pauvre	21,6	20,0	19,4	18,2	18,1	19,5
Second	21,9	20,9	19,2	18,8	18,2	19,9
Moyen	22,6	21,3	21,2	18,9	19,0	20,6
Quatrième	a	25,2	22,6	20,8	19,5	22,7
Le plus riche	a	26,1	26,1	23,2	20,0	24,4
Ensemble	23,9	22,7	21,5	19,9	19,0	21,4

a = Non calculé parce que moins de 50 % des femmes se sont mariées pour la première fois avant d'atteindre le début du groupe d'âges

La variable niveau d'instruction s'avère discriminante en ce qui concerne l'âge au premier mariage ou l'indice de bien-être. Par exemple, pour ce qui est du niveau d'instruction, les femmes ayant atteint un niveau primaire se marient trois ans plus tard que les femmes sans instruction (22,7 ans contre 19,5 ans). Cet écart est de 0,7 ans pour les femmes âgées entre 45 et 49 ans et de 3,4 ans pour les femmes âgées entre 30 et 34 ans.

Graphique 6.2 Âge médian au premier mariage des femmes de 25-49 ans selon les régions



6.3 POLYGAMIE

Dans le cadre de l'enquête individuelle, on a demandé à chaque enquêtée actuellement mariée si son mari était polygame et, dans l'affirmative, quel était le nombre de ses autres épouses. Le tableau 6.5 indique que 5 % des femmes mariées l'étaient à un mari polygame. La plupart de ces femmes (3 %) ont une « co-épouse », et cela quel que soit le milieu de résidence. Les résultats ont montré qu'entre 1992 et 1997, la pratique de la polygamie avait enregistré une légère diminution. Entre 1997 et 2003, il semble que les proportions de femmes polygames soient restées stables, et cela quel que soit le milieu de résidence.

Les proportions de femmes ayant au moins une co-épouse augmentent, comme il fallait s'y attendre, avec l'âge passant de 1 % chez les femmes de 15-19 ans à plus de 7 % chez celles de 40-49 ans. Les résultats selon les autres variables comme le milieu de résidence, le niveau d'instruction ou le quintile de bien-être ne font pas apparaître d'écarts importants. La comparaison avec les données de l'ENSME de 1997 montre que la fréquence de la polygamie chez les femmes ayant le niveau secondaire est plus fréquente en 2003 : 3 % contre moins d'un pour cent.

Tableau 6.5 Nombre de co-épouses

Répartition (en %) des femmes actuellement mariées par nombre de co-épouses, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	Nombre de co-épouses				Total	Effectif
	0	1	2+	ND		
Âge actuel						
15-19	98,9	0,2	0,3	0,6	100,0	346
20-24	97,9	1,6	0,2	0,3	100,0	1 095
25-29	97,5	1,3	0,5	0,7	100,0	1 408
30-34	95,5	3,5	0,5	0,5	100,0	1 521
35-39	95,4	3,5	0,4	0,7	100,0	1 556
40-44	92,5	5,8	0,8	0,9	100,0	1 518
45-49	92,9	5,2	1,2	0,7	100,0	1 338
Milieu de résidence						
Urbain	95,3	3,6	0,6	0,5	100,0	5 018
Rural	95,3	3,3	0,7	0,8	100,0	3 763
Région						
Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra	*	*	*	*	*	22
Guelmim-Es-smara	96,9	3,1	0,0	0,0	100,0	123
Souss-Massa-Draâ	96,0	3,3	0,2	0,4	100,0	901
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	92,3	6,0	1,2	0,4	100,0	490
Chaouia-Ouardigha	96,4	2,4	0,0	1,1	100,0	568
Marrakech-Tensift-Al Haouz	96,8	1,8	0,1	1,3	100,0	936
Oriental	94,9	3,1	1,0	1,1	100,0	598
Grand-Casablanca	95,0	3,9	0,7	0,4	100,0	988
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	96,2	2,5	0,9	0,4	100,0	717
Doukkala-Abda	92,6	6,7	0,5	0,2	100,0	572
Tadla-Azilal	93,6	4,1	2,0	0,4	100,0	422
Meknès-Tafilalet	94,6	4,3	0,6	0,4	100,0	655
Fès-Boulmane	96,4	2,6	0,4	0,6	100,0	471
Taza-Al Hoceima-Taounate	94,8	3,1	0,4	1,7	100,0	574
Tanger-Tétouan	96,7	2,4	0,7	0,2	100,0	746
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	94,8	3,9	0,6	0,7	100,0	5 567
Primaire	95,9	2,8	0,9	0,4	100,0	1 515
Secondaire et plus	96,4	2,7	0,3	0,7	100,0	1 700
Quintiles de bien-être						
Le plus pauvre	94,9	3,5	0,9	0,8	100,0	1 694
Second	95,6	3,1	0,5	0,8	100,0	1 765
Moyen	95,3	3,7	0,4	0,5	100,0	1 790
Quatrième	95,2	3,3	0,6	0,9	100,0	1 699
Le plus riche	95,5	3,6	0,5	0,3	100,0	1 833
Ensemble	95,3	3,4	0,6	0,6	100,0	8 782

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

Le graphique 6.3 qui suit présente les niveaux de polygamie selon les régions administratives. Les régions de Gharb-Chrarda-Bni Hssen et Doukkala-Abda présentent les proportions les plus élevées de femmes mariées à un homme polygame (7 %). En revanche les régions de Fès-Boulmane, Chaouia-Ouardigha et Marrakech-Tensift-Al Haouz se caractérisent par les proportions les plus faibles avec respectivement, 3 % et 2 %.

Graphique 6.3 Proportion de femmes mariées ayant au moins une co-épouse selon la région

Région	Proportion
Marrakech-Tensift-Al Haouz	2
Chaouia-Ouardigha	2
Fès-Boulmane	3
Guelmim-Es-smara	3
Tanger-Tétouan	3
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	3
Taza-Al Hoceima-Taounate	4
Souss-Massa-Draâ	4
Oriental	4
Grand-Casablanca	5
Meknès-Tafilalet	5
Tadla-Azilal	6
Doukkala-Abda	7
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	7

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

EPSF Maroc 2003-04

6.4 AMÉNORRHEE ET ABSTINENCE POST-PARTUM

Après la naissance d'un enfant, l'exposition au risque de grossesse dépend, entre autres facteurs, du retour de l'ovulation et de l'abstinence sexuelle, ou l'abstinence post-partum. Le temps écoulé entre l'accouchement et le retour de l'ovulation qui constitue l'aménorrhée post-partum, est estimée ici par la longueur qui sépare la naissance d'un enfant et le retour des règles. Par ailleurs, sa durée peut être influencée par l'intensité, la fréquence et la durée de l'allaitement au sein. L'examen de ces facteurs, dans cette section, permet d'identifier les femmes non-susceptibles d'être exposés au risque de grossesse et d'évaluer la durée de non susceptibilité.

Une femme est considérée comme non-susceptible d'être exposée au risque de grossesse quand elle n'a pas pris les rapports sexuels depuis la dernière naissance (elle peut ne pas tomber enceinte) ; ou quand elle est aménorrhée post-partum, ce qui signifie que ses risques de tomber enceinte sont minimes si elle reprend ses relations sexuelles sans couverture contraceptive. La non-susceptibilité se définit comme la période pendant laquelle une femme n'est pratiquement pas soumise au risque de grosse par suite d'aménorrhée et/ou d'abstinence post-partum.

Les données présentées dans le tableau 6.6 portent sur les naissances vivantes dans l'intervalle ouvert au cours des 36 derniers mois précédant l'enquête dont les mères sont encore en aménorrhée, en abstinence post-partum et donc non susceptibles d'être exposées au risque de grossesse, classées selon le nombre de mois écoulés depuis la naissance.

Remarquons tout d'abord que la durée moyenne d'abstinence post-partum est inférieure à celle de l'aménorrhée post-partum : respectivement 3,0 et 5,7 mois en moyenne. Ainsi, l'effet de l'abstinence pour prolonger la période de non-susceptibilité est limité. En effet, la durée moyenne de non-susceptibilité est seulement de 6,4 mois.

Le tableau 6.6 indique que le retour des règles s'est opéré chez plus de la moitié des femmes (60 %) après 3 mois, et chez pratiquement trois femmes sur quatre (76 %) après 7 mois. Enfin, après presque une année, 12 % seulement des femmes sont encore en aménorrhée.

Tableau 6.6 Aménorrhée abstinence et non-susceptibilité post-partum

Pourcentage de naissances survenues au cours des trois années ayant précédé l'enquête dont les mères sont en aménorrhée en abstinence et en non-susceptibilité post-partum, selon le nombre de mois écoulés depuis la naissance et durées médiane et moyenne, EPSF Maroc 2003-04

Nombre de mois depuis la naissance	Pourcentage de naissances dont les mères sont en : Aménorrhée post-partum	Abstinence post-partum	Non-susceptibilité post-partum	Effectif de naissances
< 2	91,5	87,8	96,7	157
2-3	40,5	16,0	47,0	198
4-5	30,5	5,6	34,7	205
6-7	23,9	2,2	25,3	220
8-9	19,2	2,7	21,9	195
10-11	18,4	1,4	19,8	164
12-13	12,3	1,5	12,9	186
14-15	8,7	1,9	10,6	198
16-17	5,4	1,3	6,3	199
18-19	5,1	1,9	6,1	214
20-21	4,1	1,1	5,2	182
22-23	3,0	2,8	5,4	179
24-25	1,6	0,7	2,2	243
26-27	1,2	2,3	3,5	210
28-29	0,7	3,1	3,8	179
30-31	1,6	1,9	3,6	168
32-33	0,0	2,2	2,2	171
34-35	0,4	0,0	0,4	184
Ensemble	14,2	6,7	16,4	3,449
Médiane	2,6	1,9	3,1	na
Moyenne	5,7	3,0	6,4	na

Note : Les calculs sont basés sur le statut au moment de l'enquête
na = Non applicable

Concernant la reprise des relations sexuelles, il y a lieu de remarquer que la majorité des femmes (88 %) pratiquent l'abstinence post-partum pendant une durée inférieure à deux mois, après l'accouchement. Cette proportion chute à 16 % entre deux et trois mois, et elle est de seulement 1 % après 11 mois. Cette courte abstinence peut s'expliquer par les facteurs d'ordre culturel, l'Islam ne prescrivant que quarante jours d'abstinence.

Le tableau présente aussi la proportion de femmes qui sont non susceptibles de tomber enceintes. Étant donné la courte période d'abstinence, ces proportions ne se distinguent que très peu de la durée d'aménorrhée. Ainsi, pour une durée inférieure à deux mois, 97 % des femmes ne courent pas de risques de tomber enceintes ; cette proportion chute à 35 % à 4-5 mois et atteint 6 % vers 16-17 mois.

Pour 50 % des femmes enquêtées, les durées médianes d'aménorrhée, d'abstinence post-partum et de non-susceptibilité s'établissent à respectivement 2,6, 1,9 et 3,1 mois.

Le tableau 6.7 présente la durée médiane de non-susceptibilité post-partum selon certaines caractéristiques socio-démographiques. On note des différences de comportement à cet égard. En effet, au niveau de l'âge actuel des femmes, la durée médiane d'aménorrhée est de 3,8 mois parmi les femmes de 30-49 ans contre 2,2 mois parmi celles de 15-29 ans.

Tableau 6.7 Durée médiane de la non-susceptibilité post-partum par caractéristiques socio-démographiques

Durées médianes (en mois) d'aménorrhée d'abstinence et de non-susceptibilité post-partum, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	Aménorrhée post-partum	Abstinence post-partum	Non-susceptibilité post-partum	Effectif de naissances
Âge				
15-29	2,2	1,9	2,4	1 811
30-49	3,8	2,0	4,2	1 639
Milieu de résidence				
Urbain	2,3	2,1	2,8	1 752
Rural	3,2	1,8	3,5	1 697
Région				
Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra	*	*	*	8
Guelmim-Es-smara	3,1	2,2	3,1	59
Souss-Massa-Draâ	4,4	2,0	5,0	362
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	1,8	1,6	2,2	193
Chaouia-Ouardigha	3,5	2,2	4,1	241
Marrakech-Tensift-Al Haouz	2,4	1,9	2,8	379
Oriental	2,3	2,2	2,8	213
Grand-Casablanca	2,1	2,0	2,3	310
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	3,5	2,3	3,9	244
Doukkala-Abda	3,2	2,0	3,2	266
Tadla-Azilal	2,3	2,0	2,6	149
Meknès-Tafilalet	3,1	1,8	3,1	243
Fès-Boulmane	3,4	1,5	3,8	192
Taza-Al Hoceima-Taounate	2,7	2,0	3,0	249
Tanger-Tétouan	1,7	1,7	2,3	340
Niveau d'instruction				
Aucune instruction	2,9	1,9	3,3	2 110
Primaire	2,5	1,9	3,0	662
Secondaire et plus	2,3	2,0	2,6	678
Quintile de bien-être				
Le plus pauvre	3,3	1,7	3,5	804
Second	2,4	1,8	3,0	796
Moyen	3,1	2,1	3,5	721
Quatrième	2,2	2,1	2,4	559
Le plus riche	2,5	2,1	3,1	569
Ensemble	2,6	1,9	3,1	3 449

Note : Les médianes sont basées sur le statut actuel
* Basé sur trop peu de cas non pondérés

Quand on prend en compte le niveau d'instruction les différences ne semblent pas être significatives : la durée d'aménorrhée post-partum varie entre 2,3 et 2,9 mois pour la durée d'aménorrhée et s'établit à environ 2 mois pour la durée d'abstinence post-partum. La durée d'insusceptibilité varie de 2,6 mois parmi les femmes les plus instruites à 3,0 parmi celles ayant un niveau primaire.

Les durées d'aménorrhée, d'abstinence post-partum et d'insusceptibilité sont plus longues en milieu rural qu'en milieu urbain. De même, la région de résidence influe sur ces durées. On remarque ainsi que des durées plus longues d'aménorrhée et d'insusceptibilité ont été enregistré dans la région de Sous-Massa-Draâ avec respectivement 4,4 et 5 mois. À l'opposé, les durées les plus courtes ont été enregistrées dans les régions de Tanger-Tétouan et Gharb-Chrarda-Bni Hssen, avec des durées médianes autour de deux mois.

6.5 MÉNOPAUSE

Le tableau 6.8 présente un indicateur rendant compte de la fin d'exposition au risque de procréer pour les femmes âgées de 30 à 49 ans. Il indique la proportion de femmes en ménopause, c'est à dire la proportion des femmes actuellement mariées qui sont ni enceintes ni en aménorrhée post-partum, mais qui n'ont pas eu de règles pendant au moins six mois avant l'enquête ou qui se sont déclarées en ménopause.

On constate que l'incidence de la ménopause chez les femmes de 30-49 ans est de 8 % et augmente avec l'âge : elle passe de 1 % à 30-34 ans, 7 % à 42-43 ans, pour atteindre 34 % à 48-49 ans.

Tableau 6.8 Ménopause

Pourcentage de femmes de 30-49 ans en ménopause, selon l'âge, EPS Maroc 2003-04

Âge	Pourcentage de femmes en ménopause[1]	Effectif de femmes
30-34	1,3	2 245
35-39	2,2	2 055
40-41	3,7	811
42-43	7,2	798
44-45	12,3	717
46-47	19,9	636
48-49	33,9	647
Ensemble	7,6	7 908

[1] Pourcentage de femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée post-partum et dont les dernières règles ont eu lieu 6 mois ou plus avant l'enquête

PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ 7

Abdelaziz Zguiouor

L'un des objectifs de l'Enquête sur la Population et la Santé Familiale (EPSF) est de mesurer les besoins futurs en matière de service de contraception aussi bien pour espacer que pour limiter les naissances. Un autre objectif consiste à mesurer le degré de réussite des couples marocains dans le contrôle de leur fécondité. Ce chapitre s'articulera autour de cinq thèmes, à savoir : 1) le désir ou non de la femme d'avoir des enfants (supplémentaires) dans l'avenir, et le délai d'attente avant le prochain enfant, 2) les besoins en matière de planification familiale, 3) le nombre total d'enfants désirés, 4) la planification de la fécondité, et 5) le statut de la femme et le nombre idéal moyen d'enfants.

Il faut néanmoins préciser que l'interprétation des données sur les attitudes vis-à-vis de la procréation a toujours été un sujet de controverse. En fait, il y a des limites quand on utilise des données de ce type d'investigation car elles sont recueillies à partir d'un échantillon de 35 générations de femmes en âge de procréer. Pour les femmes en début de mariage, les réponses sont liées à des objectifs à long terme dont la stabilité et la valeur prédictive sont inconnues. Par contre, pour les femmes en fin de vie féconde, les réponses sont influencées par leur passé.

Par ailleurs, il existe une forte divergence entre spécialistes. Il y à ceux qui limitent le rôle des opinions concernant les préférences en matière de fécondité en raison de leur nature subjective et intangible, ceux qui les rendent difficiles à mesurer et à intégrer aux analyses empiriques de la fécondité. Par contre, d'autres chercheurs pensent que la prise en compte de ces opinions dans l'analyse de la fécondité est de la plus haute importance.

Malgré les problèmes d'interprétation concernant l'analyse des données sur les préférences en matière de fécondité, les résultats de ce chapitre peuvent aider à expliquer les forces qui affectent la fécondité dans un pays comme le Maroc où l'intention est un bon prédicateur de l'utilisation contraceptive (Westoff, 1995) : « les femmes qui avaient l'intention d'utiliser une méthode contraceptive en 1992 seraient 6 fois et demi plus nombreuses à utiliser la contraception que celles n'ayant pas exprimé l'intention de l'utiliser ».

7.1 DÉSIR D'AVOIR DES ENFANTS SUPPLÉMENTAIRES

Les besoins potentiels en matière de services de contraception sont mesurés à partir d'une série de questions adressées aux femmes actuellement mariées auxquelles l'enquêtrice avait, dans le cadre de l'EPSF, demandé : « voudriez-vous avoir un autre enfant ou préféreriez vous ne plus avoir d'enfants ? » Et pour les femmes enceintes, elle ajoutait : « En plus de celui que vous attendez ? »

Le tableau 7.1 montre qu'au Maroc, parmi les 8 782 femmes mariées âgées de 15 à 49 ans, 16 % désirent un enfant dans un avenir proche (dans les deux ans), 23 % en souhaiteraient un plus tard (après deux ans) et 51 % ont exprimé le désir de ne plus en avoir. Par ailleurs, les femmes ayant déclaré qu'elles ne peuvent pas être enceintes représente 4 % et celles qui sont indécises représentent 2 %.

Tableau 7.1 Préférences en matière de fécondité par nombre d'enfant vivants

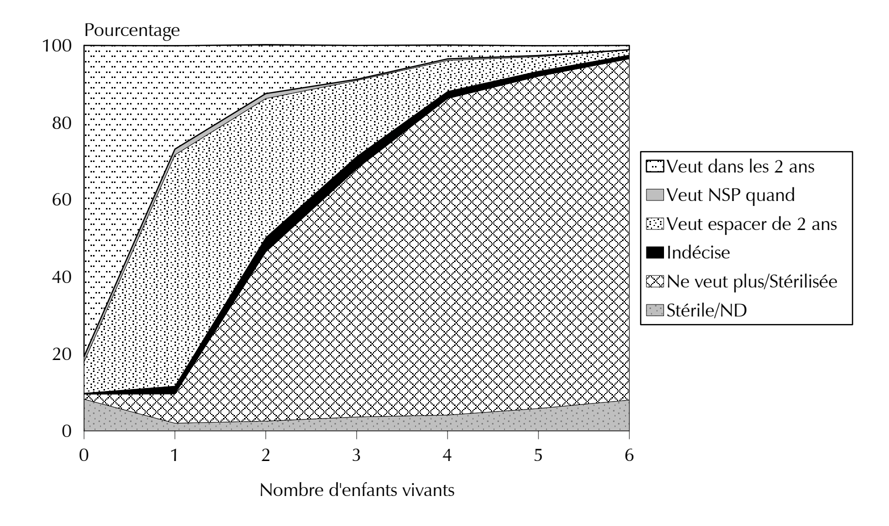
Répartition (en %) des femmes actuellement mariées par nombre d'enfants vivants, selon le désir d'enfants supplémentaires, EPSF Maroc 2003-04

Désir d'enfants	Nombre d'enfants vivants[1]							Total
	0	1	2	3	4	5	6+	
Veut un autre								
Veut un autre bientôt[2]	80,7	26,8	12,7	8,8	3,6	2,5	1,1	16,0
Veut un autre plus tard[3]	8,1	60,0	36,0	19,7	8,0	3,8	1,3	22,9
Veut un autre, NSP quand	1,4	1,5	1,3	0,3	0,4	0,3	0,1	0,8
Indécise	0,3	2,0	3,8	3,2	1,9	1,3	1,0	2,2
Ne veut plus d'enfant	1,3	7,6	43,5	62,4	77,8	79,4	81,1	51,0
Stérilisée	0,0	0,1	0,4	2,0	4,3	6,8	7,4	2,7
S'est déclarée stérile	7,8	2,0	2,5	3,6	4,0	5,8	8,0	4,4
ND	0,4	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	716	1 442	1 786	1 549	1 171	831	1 286	8 782

[1] Y compris la grossesse actuelle.
[2] Veut une autre naissance dans les deux ans.
[3] Veut espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus.

On note aussi dans le tableau 7.1 et le graphique 7.1 que le pourcentage de femmes ne désirant plus d'enfants augmente régulièrement avec le nombre d'enfants survivants, passant de 8 % chez celles qui ont un enfant, à 62 % chez celles qui en ont 3 et à 81 % chez celles en ayant 6 ou plus. À l'inverse, le pourcentage de femmes qui désirent d'autres enfants diminue avec le nombre d'enfants vivants passant de 90 % chez les nullipares à 29 % chez celles qui en ont trois.

Graphique 7.1 Désir d'enfants supplémentaires des femmes mariées, selon le nombre d'enfants vivants



EPSF Maroc 2003-04

Le tableau 7.2 fournit la répartition des femmes en union qui ne veulent plus d'enfants (y compris les femmes stérilisées) selon le nombre d'enfants vivants et selon certaines caractéristiques socio-démographiques.

Globalement, plus d'une femme sur deux ne veut plus d'enfants (54 %), cependant on note certaines différences selon les caractéristiques socio-démographiques. Du point de vue du milieu de résidence, 56 % des femmes du milieu urbain souhaitent limiter leur descendance contre 51 % en milieu rural.

Tableau 7.2 Désir de limiter les naissances

Pourcentage de femmes actuellement mariées ne voulant plus d'enfants par nombre d'enfants vivants, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	Nombre d'enfants vivants[1]							Total
	0	1	2	3	4	5	6+	
Milieu de résidence								
Urbain	1,8	9,0	52,0	71,4	86,9	88,1	90,9	55,9
Rural	0,6	5,9	29,1	51,6	75,5	84,2	86,9	50,8
Région								
Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra	0,0	0,0	39,9	60,8	100,0	100,0	100,0	52,7
Guelmim-Es-smara	0,0	0,0	40,2	66,3	78,6	88,9	93,6	53,7
Souss-Massa-Draâ	0,0	11,6	34,0	67,6	77,6	84,1	92,8	55,7
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	0,0	9,8	42,7	64,6	81,9	95,2	88,6	54,3
Chaouia-Ouardigha	0,0	9,6	39,2	76,1	76,2	91,3	91,6	56,0
Marrakech-Tensift-Al Haouz	4,4	6,8	33,0	58,0	79,9	87,2	86,8	50,4
Oriental	0,3	9,7	34,9	55,8	90,6	82,0	87,5	51,9
Grand-Casablanca	1,5	9,3	54,0	75,7	87,7	87,8	90,6	53,9
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	3,0	8,1	64,8	74,1	87,1	94,4	91,2	59,5
Doukkala-Abda	0,0	5,8	43,4	55,0	82,3	82,1	84,7	52,8
Tadla-Azilal	6,3	7,8	36,6	63,5	83,5	90,2	93,6	54,7
Meknès-Tafilalet	0,4	8,0	53,7	65,5	78,8	95,3	90,8	53,7
Fès-Boulmane	0,0	1,3	39,8	64,8	86,1	81,2	76,6	49,8
Taza-Al Hoceima-Taounate	0,0	1,0	41,0	64,7	81,6	77,4	85,0	55,4
Tanger-Tétouan	0,6	9,5	37,8	41,4	76,0	72,8	88,9	50,5
Niveau d'instruction								
Aucune instruction	1,3	7,6	33,3	57,7	79,9	85,6	87,9	57,3
Primaire	1,9	7,1	45,2	65,9	84,2	86,6	93,8	46,5
Secondaire et plus	0,9	8,6	59,1	80,7	93,2	99,0	94,3	48,5
Quintile de bien-être								
Le plus pauvre	0,2	4,7	27,0	47,0	73,0	82,0	85,6	51,8
Second	1,1	7,6	29,3	57,5	82,0	84,6	88,6	52,1
Moyen	0,9	8,3	43,5	63,0	75,2	89,8	89,3	51,4
Quatrième	1,2	6,9	41,7	69,3	88,1	87,6	90,7	52,8
Le plus riche	2,8	10,5	64,0	77,7	91,7	88,6	92,8	60,2
Ensemble	1,3	7,8	43,8	64,4	82,1	86,2	88,4	53,7

Note : Les femmes stérilisées sont considérées comme ne voulant plus d'enfant.
[1] Y compris la grossesse actuelle.

Quelle que soit la parité, la proportion de femmes voulant limiter leur descendance est toujours plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural : parmi les femmes ayant trois enfants, la proportion de celles qui ne veulent plus d'enfants est de 71 % en urbain contre 52 % en rural. Comme pour le milieu de résidence, on observe aussi quelques écarts en ce qui concerne la région de résidence. C'est dans celle de Rabat-Salé-Zemmour-Zaër que l'on observe la proportion la plus élevée de femmes ne désirant plus d'enfants (60 %) et dans celles de Fès-Boulmane, Tanger-Tétouan et Marrakech-Tensift-Al Haouz que l'on enregistre la proportion la plus faible (50 %), les autres régions se dispersant de part et d'autre de la moyenne nationale (54 %).

Il faut souligner que dans les régions du Grand-Casablanca (76 %), Chaouia-Ouardigha (76 %) et Rabat-Salé-Zemmour-Zaër (74 %), environ les trois-quarts des femmes ayant 3 enfants ont déclaré ne plus vouloir d'enfants.

Par ailleurs, il apparaît que le niveau d'instruction influence de manière sensible le désir de limiter les naissances, les écarts étant très perceptibles à partir de deux enfants : un tiers des femmes sans instruction (33 %) ne souhaitent plus d'enfants contre 45 % de celles ayant un niveau primaire et 59 % de celles ayant un niveau secondaire ou plus. Parmi les femmes qui ont trois enfants, ces proportions sont respectivement de 58 %, de 66 % et de 81 %.

7.2 BESOINS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE

Les femmes actuellement mariées non utilisatrices de la contraception et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants (elles souhaitent limiter leurs naissances) ou qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant la naissance de l'enfant suivant (elles souhaitent espacer leurs naissances) sont considérées comme ayant des besoins non satisfaits en matière de contraception . Les femmes ayant des besoins non satisfaits et celles utilisant actuellement la contraception constituent la demande potentielle totale en planification familiale.

Le tableau 7.3 présente les estimations des besoins non satisfaits et satisfaits en matière de contraception selon certaines caractéristiques socio-démographiques.

Parmi les femmes actuellement mariées, alors que le niveau d'utilisation actuel de la contraception est relativement élevé, les besoins non satisfaits en matière de planification familiale concernent une femme sur dix (10 %) ; dans 7 % des cas, les femmes auraient besoin d'utiliser la contraception pour limiter leurs naissances et dans 3 % des cas, le recours à une méthode contraceptive aurait pour objectif d'espacer les naissances. Par conséquent, si les femmes en union ayant des besoins non satisfaits satisfaisaient ces besoins, c'est-à-dire si elles utilisaient effectivement la contraception, la prévalence contraceptive pourrait atteindre 73 %. Cette demande potentielle totale en planification familiale aurait pour objectif essentiel la limitation des naissances. Le troisième indicateur qui permet d'estimer la demande potentielle totale prend en compte les femmes ayant des besoins non satisfaits et celles qui utilisent actuellement la contraception (y compris les femmes dont la contraception a échoué. Le pourcentage de cette demande potentielle est estimé à 75 %, soit 27 % pour espacer et 48 % pour limiter. Le dernier indicateur représente la proportion de femmes en union dont la demande potentielle totale en planification familiale se trouve satisfaite (87 %).

Tableau 7.3 Besoins en matière de planification familiale

Pourcentage de femmes actuellement mariées ayant des besoins non-satisfaits en matière de planification familiale, pourcentage de celles dont les besoins sont satisfaits et pourcentage de demande potentielle totale de services de planification familiale, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

	Besoins non-satisfaits en matière de planification familiale[1]			Besoins en planification familiale satisfaits (utilisation actuelle)[2]			Demande potentielle totale en planification familiale[3]				
Caractéristique socio-démographique	Pour l'espace-ment	Pour la limitation	Total	Pour l'espace-ment	Pour la limitation	Total	Pour l'espace-ment	Pour la limitation	Total	Pourcentage de demande satisfaite	Effectif de femmes
Âge											
15-19	8,6	0,2	8,8	37,1	1,3	38,4	47,8	1,5	49,2	82,1	346
20-24	7,3	1,0	8,3	46,7	11,1	57,8	56,1	12,4	68,5	87,9	1 095
25-29	6,4	2,8	9,2	42,8	20,1	62,8	51,4	23,7	75,0	87,8	1 408
30-34	3,8	4,7	8,6	28,1	41,6	69,6	34,1	47,5	81,5	89,5	1 521
35-39	2,1	7,1	9,2	14,3	56,8	71,1	16,9	65,6	82,5	88,8	1 556
40-44	0,5	10,7	11,2	4,1	64,8	68,9	4,8	76,3	81,1	86,2	1 518
45-49	0,3	13,6	13,9	0,7	49,4	50,1	1,0	63,0	64,0	78,3	1 338
Milieu de résidence											
Urbain	2,9	6,7	9,6	21,7	43,8	65,5	25,8	51,1	76,9	87,5	5 018
Rural	4,2	6,4	10,6	23,2	36,5	59,7	28,6	43,8	72,5	85,4	3 763
Niveau d'instruction											
Aucune instruction	3,1	7,7	10,8	19,2	42,0	61,2	23,4	50,7	74,0	85,5	5 567
Primaire	3,8	6,0	9,8	26,7	36,2	62,9	31,7	42,8	74,4	86,8	1 515
Secondaire ou plus	4,2	3,6	7,8	28,8	40,0	68,8	34,8	44,0	78,8	90,1	1 700
Quintile de bien-être											
Le plus pauvre	4,3	6,8	11,1	21,7	36,6	58,3	27,2	44,3	71,5	84,5	1 694
Second	4,3	6,4	10,7	23,2	37,6	60,9	28,5	45,4	73,9	85,5	1 765
Moyen	3,0	8,0	11,0	24,3	37,6	61,9	28,7	46,2	74,9	85,3	1 790
Quatrième	3,4	6,5	9,9	22,4	41,2	63,6	27,2	48,2	75,4	86,9	1 699
Le plus riche	2,3	5,2	7,5	20,2	49,7	69,9	23,7	55,5	79,2	90,5	1 833
Ensemble	3,5	6,6	10,0	22,3	40,6	63,0	27,0	48,0	75,0	86,6	8 782

[1] Les besoins non-satisfaits pour espacer concernent les femmes enceintes dont la grossesse ne s'est pas produite au moment voulu, les femmes en aménorrhée dont la dernière naissance ne s'est pas produite au moment voulu et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant leur prochaine naissance. Sont également incluses dans les besoins non-satisfaits pour espacer, les femmes qui ne sont pas sûres de vouloir un autre enfant ou qui veulent un autre enfant mais ne savent pas à quel moment elles veulent avoir cet enfant à moins qu'elles déclarent que ce ne serait pas un problème si elles apprenaient qu'elles étaient enceintes dans les semaines à venir. Les besoins non-satisfaits pour limiter concernent les femmes enceintes dont la grossesse n'était pas voulue, les femmes en aménorrhée dont la dernière naissance n'était pas voulue et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants. Sont exclues les femmes qui sont enceintes ou en aménorrhée et qui sont tombées enceintes alors qu'elles utilisaient une méthode (ces femmes ont besoin d'une meilleure méthode de contraception).
[2] L'utilisation pour espacer concerne les femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir un autre enfant ou qui ne sont pas sûres d'en vouloir un autre. L'utilisation pour limiter concerne les femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants. Il faut noter que les méthodes spécifiques utilisées ne sont pas prises en compte ici.
[3] Les non utilisatrices qui sont enceintes ou en aménorrhée et les femmes dont la grossesse était le résultat de l'échec d'une méthode de contraception ne sont pas incluses dans la catégories des besoins non-satisfaits, mais sont incluses dans la demande totale en contraception (puisqu'elles seraient en train d'utiliser si leur méthode n'avait pas échoué).

L'analyse différentielle des besoins en matière de planification familiale montre de légères variations selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Pour ce qui est de l'âge, c'est chez les femmes les plus âgées (40-44 ans et 45-49 ans) que les besoins non satisfaits en planification familiale sont les plus fréquents (respectivement, 11 % et 14 %). En outre, on peut noter que c'est chez les femmes âgées de 30-34 ans, 35-39 ans et 40-44 ans que la demande potentielle est la plus importante (respectivement, 82 %, 83 % et 81 %). En général, les besoins non satisfaits et la demande potentielle

chez les femmes en union augmentent régulièrement avec l'âge et sont davantage orientés vers la limitation des naissances que vers leur espacement.

S'agissant du milieu de résidence, les résultats obtenus montrent que les besoins non satisfaits en matière de planification familiale n'enregistrent pas de différence significative entre le milieu rural (11 %) et le milieu urbain (10 %). Par ailleurs, la demande potentielle totale est légèrement plus élevée en milieu urbain (77 %) qu'en milieu rural (73 %).

7.3 NOMBRE IDÉAL D'ENFANTS

Au cours de l'enquête, on a aussi demandé aux femmes non célibataires quelle était, selon elles, la taille idéale de la famille. L'enquêtrice demandait d'abord : « Si vous pouviez recommencer à partir du moment où vous n'aviez pas d'enfants, et si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir au total ? » et, pour les femmes sans enfants, elle demandait : « Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir en tout? »

Ces questions, simples en apparences, peuvent être embarrassantes, en particulier, pour les femmes ayant déjà des enfants parce qu'elles doivent répondre à des questions hypothétiques, à savoir le nombre d'enfants qu'elles souhaiteraient avoir, dans l'absolu, indépendamment du nombre d'enfants qu'elles ont déjà eu.

Les résultats du tableau 7.4 montrent, qu'en moyenne, le nombre idéal d'enfants est de 2,9 pour l'ensemble des femmes et de 3,3 pour les femmes actuellement mariées. Ce nombre idéal moyen augmente avec le nombre d'enfants vivants passant de 2,5 chez les femmes sans enfants à 3,6 chez celles ayant 4 enfants. Il faut remarquer, que pour 46 % de l'ensemble des femmes, le nombre idéal se situerait à 2 enfants et que, pour 23 % il serait de 4 enfants.

Tableau 7.4 Nombre idéal d'enfants

Répartition (en %) des femmes selon le nombre idéal d'enfants et nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes et pour celles actuellement mariées, par nombre d'enfants vivants, EPSF Maroc 2003-04

Nombre idéal d'enfants	Nombre d'enfants vivants[1]							Ensemble
	0	1	2	3	4	5	6+	
0	0,4	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,5	0,3
1	5,4	4,6	1,9	1,8	1,4	0,4	0,7	3,6
2	58,3	58,4	46,8	29,2	24,8	21,0	11,8	45,9
3	16,1	17,5	22,7	27,0	7,9	13,7	9,9	16,8
4	15,0	15,3	23,0	31,9	50,4	32,9	36,3	22,9
5	1,6	1,0	1,6	3,0	4,3	13,5	4,7	2,7
6+	1,4	1,6	1,9	4,1	6,9	10,5	23,7	4,4
Réponse non numérique	1,8	1,4	2,1	2,8	4,3	7,9	12,4	3,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	8 006	1 717	1 936	1 641	1 261	885	1 352	16 798
Nombre idéal moyen[2] d'enfants pour :								
Toutes les femmes	2,5	2,5	2,8	3,2	3,6	3,9	4,5	2,9
Effectif	7 861	1 693	1 896	1 595	1 207	815	1 184	16 251
Femmes actuellement mariées	2,7	2,5	2,8	3,2	3,6	3,9	4,5	3,3
Effectif	691	1 428	1 749	1 507	1 117	767	1 126	8 384

[1] Y compris la grossesse actuelle.
[2] Les moyennes sont calculées en excluant les femmes ayant donné des réponses non-numériques.

Le tableau 7.5 présente le nombre moyen idéal d'enfants pour l'ensemble des femmes selon l'âge actuel et selon certaines variables socio-démographiques. Par milieu de résidence, on note que les femmes rurales semblent désirer plus d'enfants que les femmes urbaines, quel que soit le groupe d'âges. L'écart absolu entre les deux milieux est d'environ un enfant (2,7 dans l'urbain contre 3,3 dans le rural). Par région, on constate que les femmes du Grand-Casablanca et de Rabat-Salé-Zemmour-Zaër semblent être celles qui désirent le moins d'enfants (respectivement, 2,5 et 2,6), alors que celles de Taza-Al Hoceima-Taounate et de l'Oriental semblent être celles qui en désirent le plus (respectivement, 3,4 et 3,3) (données présentées au tableau D.7.5, en Annexe D).

Tableau 7.5 Nombre idéal d'enfants par caractéristiques socio-démographiques

Nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes par âge, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	Âge							Ensemble des femmes
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Milieu de résidence								
Urbain	2,3	2,4	2,6	2,7	2,8	3,0	3,4	2,7
Rural	2,8	3,0	3,2	3,3	3,7	3,9	4,4	3,3
Région								
Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra	2,0	2,3	3,3	3,0	2,9	4,1	4,0	2,7
Guelmim-Es-smara	2,7	2,9	3,0	3,2	3,2	4,3	5,0	3,2
Souss-Massa-Draâ	2,6	2,8	2,9	3,3	3,5	3,5	3,9	3,1
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	2,3	2,5	3,0	2,8	3,1	3,3	3,9	2,8
Chaouia-Ouardigha	2,3	2,5	2,7	3,1	3,0	3,0	3,6	2,8
Marrakech-Tensift-Al Haouz	2,5	2,7	2,9	2,9	3,2	3,5	4,0	3,0
Oriental	2,7	3,1	3,3	3,1	3,4	3,6	4,4	3,3
Grand-Casablanca	2,2	2,3	2,4	2,4	2,5	2,8	3,1	2,5
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	2,3	2,3	2,5	2,6	2,7	3,0	3,2	2,6
Doukkala-Abda	2,5	2,8	2,8	3,0	3,3	3,5	3,7	3,0
Tadla-Azilal	2,5	2,6	2,8	2,9	2,9	3,6	3,4	2,9
Meknès-Tafilalet	2,4	2,5	2,8	2,7	3,0	3,5	3,6	2,8
Fès-Boulmane	2,4	2,5	2,7	2,8	3,0	3,4	3,7	2,8
Taza-Al Hoceima-Taounate	2,9	3,2	3,1	3,2	3,8	4,2	5,0	3,4
Tanger-Tétouan	2,9	3,0	3,1	3,2	3,4	3,3	3,7	3,1
Niveau d'instruction								
Aucune instruction	2,8	2,9	3,2	3,2	3,4	3,7	4,0	3,3
Primaire	2,6	2,6	2,7	2,7	2,8	2,9	3,2	2,7
Secondaire ou plus	2,3	2,4	2,4	2,5	2,5	2,5	3,0	2,4
Quintile de bien-être								
Le plus pauvre	2,9	3,1	3,2	3,5	3,9	4,1	4,5	3,4
Second	2,6	2,9	3,1	3,2	3,6	3,8	4,3	3,2
Moyen	2,5	2,5	2,7	2,9	3,0	3,5	3,6	2,9
Quatrième	2,3	2,4	2,6	2,7	2,8	3,0	3,4	2,7
Le plus riche	2,3	2,4	2,5	2,5	2,7	2,8	3,3	2,6
Ensemble	2,5	2,7	2,8	2,9	3,1	3,3	3,7	2,9

Le niveau d'instruction apparaît comme une variable négativement corrélée avec le nombre idéal d'enfants (graphique 7.2) En moyenne, l'écart absolu est d'environ un enfant entre les femmes qui n'ont jamais été á l'école et celles qui ont un niveau secondaire ou plus. Ainsi, les écarts observés entre les milieux urbain et rural d'une part, et entre les femmes ayant fréquenté l'école et celles sans instruction, d'autre part, donnent une indication précieuse sur les changements sociaux dont ces facteurs de modernisme sont des indicateurs.

Graphique 7.2 **Nombre idéal d'enfants pour les femmes selon certaines caractéristiques socio-démographiques**

MAROC
MILIEU DE RÉSIDENCE
Urbain
Rural
NIVEAU D'INSTRUCTION
Aucune
Primaire
Secondaire ou +
QUINTILE DE BIEN-ÊTRE
Le plus pauvre
Second
Moyen
Quatrième
Le plus riche
0 1 2 3 4
Nombre idéal d'enfants

EPSF Maroc 2003-04

7.4 PLANIFICATION DE LA FÉCONDITE

Au cours de l'EPSF, des questions relatives à chaque enfant né au cours des cinq dernières années et la grossesse actuelle (s'il y en a une) ont été posées aux femmes. Ces questions avaient pour objectif de déterminer si, lorsque la femme s'est trouvée enceinte, elle souhaitait être enceinte à ce moment-là, plus tard ou, si elle ne voulait pas tomber enceinte du tout. Les réponses á ces questions permettent de mesurer le degré de réussite des couples dans le contrôle de leur fécondité.

Le tableau 7.6 montre que 70 % des naissances survenues au cours des cinq dernières années étaient planifiées (c'est-à-dire qu'elles se sont produites au moment souhaité). Cependant, dans 15 % des cas, les femmes auraient souhaité la naissance plus tard et dans un peu moins de 15 % des cas, les naissances n'étaient pas désirées du tout. On constate que les proportions de naissances non désirées augmentent avec le rang de naissance, passant de moins d'un pour cent pour le rang 1 à 37 % pour celles de rang 4 et plus. Les naissances de rang 1 sont celles qui sont les mieux planifiées. On constate la même tendance selon l'âge de la femme : en effet, les naissances non désirées augmentent avec l'âge de la femme, passant d'environ 1 % à moins de 20 ans à 20 % à 30-34 ans et à 47 % à 45-49 ans.

Tableau 7.6 Planification de la fécondité

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête (y compris les grossesses actuelles) par statut de la grossesse, selon le rang de naissance et l'âge de la mère à la naissance, EPSF Maroc 2003-04

Rang de naissance et âge de la mère à la naissance	Planification de la fécondité					
	Voulue au moment	Voulue plus tard	Non désirée	ND	Total	Nombre de naissances
Rang de naissance						
1	91,2	7,4	0,8	0,7	100,0	1 832
2	75,9	20,2	3,1	0,8	100,0	1 610
3	65,2	21,3	13,1	0,4	100,0	1 170
4+	48,5	14,4	36,9	0,3	100,0	2 107
Âge à la naissance						
<20	87,1	11,1	1,4	0,5	100,0	635
20-24	78,7	17,7	3,0	0,6	100,0	1 669
25-29	72,0	17,7	9,7	0,7	100,0	1 719
30-34	63,7	16,2	19,7	0,3	100,0	1 455
35-39	53,5	10,0	36,3	0,3	100,0	905
40-44	48,8	5,3	45,7	0,2	100,0	305
45-49	41,7	5,9	47,4	5,0	100,0	30
Ensemble	69,6	15,1	14,8	0,5	100,0	6 719

Le tableau 7.7 présente une comparaison de l’indice synthétique de fécondité désirée (ISFD) et de l’indice synthétique de fécondité actuelle (ISF). Le mode de calcul de ces deux indicateurs est pratiquement identique, mis à part que les naissances considérées comme non désirées ne figurent pas au numérateur. De ce fait, l’ISFD représente le niveau de fécondité que l’on aurait eu durant les trois dernières années ayant précédé l’enquête si toutes les naissances non désirées avaient été évitées.

La différence observée entre ces deux indicateurs permet de déterminer l’effet potentiel qu’aurait eu un programme de planification familiale sur la réduction de la fécondité. Au Maroc, l’ISDF est estimé à 1,8 enfants par femme et l’ISF à 2,5 enfants par femme. On peut donc en conclure que si toutes les naissances non désirées avaient été évitées, les femmes auraient 0,7 enfant de moins.

Tableau 7.7 Taux de fécondité désirée

Indice synthétique de fécondité désirée (ISFD) et indice synthétique de fécondité (ISF) pour les trois années ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

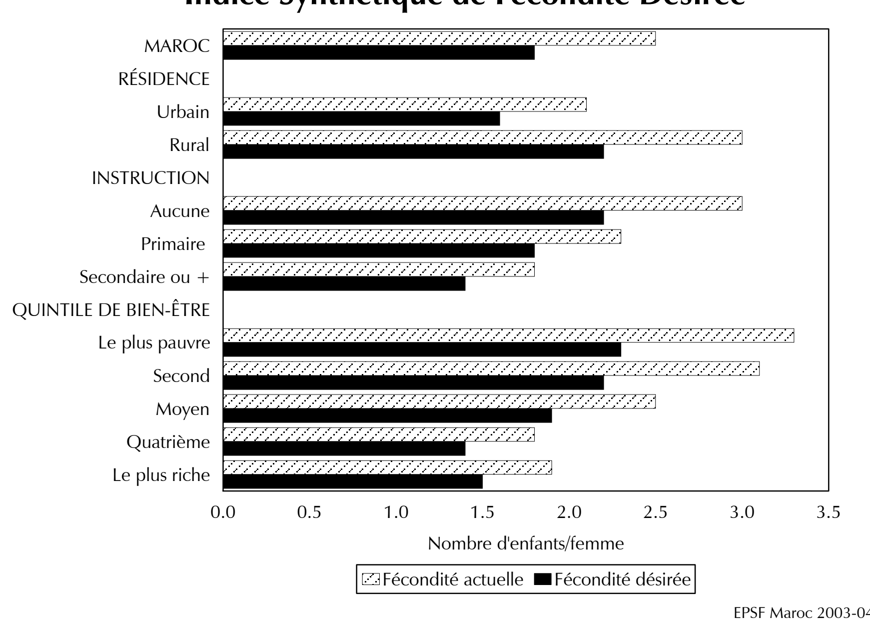
Caractéristique socio-démographique	Indice synthétique de fécondité désirée	Indice synthétique de fécondité
Milieu de résidence		
Urbain	1,6	2,1
Rural	2,2	3,0
Région		
Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra et Guelmim-Es-smara[1]	2,4	2,9
Souss-Massa-Draâ	1,8	2,4
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	1,9	2,6
Chaouia-Ouardigha	1,8	2,7
Marrakech-Tensift-Al Haouz	2,1	2,7
Oriental	1,7	2,2
Grand-Casablanca	1,5	1,8
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	1,7	2,3
Doukkala-Abda	2,1	3,1
Tadla-Azilal	1,6	2,3
Meknès-Tafilalet	1,6	2,2
Fès-Boulmane	1,9	2,6
Taza-Al Hoceima-Taounate	2,0	2,8
Tanger-Tétouan	2,3	3,1
Niveau d'instruction		
Aucune instruction	2,2	3,0
Primaire	1,8	2,3
Secondaire et plus	1,4	1,8
Quintile de bien-être		
Le plus pauvre	2,3	3,3
Second	2,2	3,1
Moyen	1,9	2,5
Quatrième	1,4	1,8
Le plus riche	1,5	1,9
Ensemble	1,8	2,5

Note : L'ISFD et l'ISF sont basés sur les naissances des femmes de 15-49 ans durant la période 1-36 mois avant l'enquête. L'ISF est le même que celui présenté dans le tableau 3.2.

[1] Les données des deux régions Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra et Guelmim-Es Smara sont combinées à cause de l'effectif réduit de leur échantillon.

Quelles que soient les caractéristiques socio-démographiques des femmes, l'ISFD est inférieur à l'ISF (graphique 7.3). Parmi les femmes dont l'ISF est élevé, c'est-à-dire égal ou supérieur à 3 enfants, l'écart entre ces deux indicateurs est important : par exemple, 2,2 enfants désirées contre 3 enfants par femme en milieu rural et 2,1 contre 3,1 dans la région de Doukkala-Abda.

Graphique 7.3 **Indice Synthétique de Fécondité et Indice Synthétique de Fécondité Désirée**



7.5 STATUT DE LA FEMME

Le tableau 7.8 présente le nombre idéal d'enfants et les besoins non satisfaits en matière de planification familiale en fonction de trois indicateurs du statut de la femme.

En ce qui concerne les résultats selon le premier indicateur, à savoir le nombre de décisions prises par la femme, on ne constate pas de variation importante du nombre idéal d'enfant : quel que soit le nombre de décisions, celui-ci varie de 3,4 enfants quand la femme est associée à 1-2 décisions à 3,1 enfants quand elle est associée à 3-4 décisions. Par contre, les résultats selon le deuxième indicateur, à savoir le nombre de raisons pour lesquelles la femme pense qu'il est justifié de refuser les rapports sexuels avec son mari semble montrer une corrélation entre le nombre de raisons et le nombre idéal d'enfants : le nombre idéal d'enfants est plus élevé chez celles qui estiment que pour aucune raison, une femme ne peut refuser des rapports sexuels avec son mari que chez celles qui pensent que dans certaines situations, une femme peut être amenée à les refuser (3,9 contre 3,4 pour une ou deux raisons et 3,2 pour trois ou quatre raisons). Concernant le troisième indicateur, il semble également qu'il existe une corrélation entre cet indicateur et le nombre idéal d'enfants : en effet, les femmes qui pensent qu'il n'y a aucune raison qui justifie qu'un mari batte sa femme ont déclaré un nombre idéal d'enfant plus faible que celles qui estiment que pour certaines raisons, un mari peut battre sa femme : le nombre idéal varie d'un minimum de 2,9 enfants quand la femme estime que pour aucune raison, il est admissible qu'un mari batte sa femme à un maximum de 3,7 enfants quand celle-ci estime que pour 5 raisons, un tel comportement est justifié.

Concernant les besoins non satisfaits, les données du tableau 7.8 font apparaître les mêmes tendances que le nombre idéal moyen d'enfants. En fonction du nombre de décisions prises par la femme,

on ne constate pas de variation significative du nombre idéal d'enfant. En fonction du deuxième indicateur, on constate que la proportion de femmes ayant des besoins non satisfaits est plus élevée parmi celles qui pensent que pour aucune raison, il est justifié qu'une femme refuse des rapports sexuels à son mari que parmi celles qui estiment que pour certaines raisons une femme peut être amenée à les refuser. En ce qui concerne le troisième indicateur, il semble que les besoins non satisfaits des femmes soient un peu plus élevés chez celles qui pensent qu'il y a des raisons qui justifient qu'un homme batte sa femme que chez celles qui pensent que rien ne peut justifier un tel comportement.

Tableau 7.8 Nombre idéal d'enfants, statut de la femme et besoins non satisfaits

Nombre idéal moyen d'enfants et besoins non-satisfaits pour espacer et limiter les naissances, selon les indicateurs du statut de la femme, EPSF Maroc 2003-04

Indicateur du statut de la femme	Nombre idéal moyen d'enfants[1]	Effectif	Besoins non satisfaits en matière de planification familiale[2]			Effectif de femmes
			Pour l'espacement	Pour la limitation	Total	
Nombre de décisions prises par la femme[3]						
0	3,3	684	5,6	4,4	10,0	717
1-2	3,4	2 755	4,4	5,7	10,1	2 900
3-4	3,1	1 317	3,5	6,3	9,8	1 377
5	3,2	3 629	2,3	7,7	10,0	3 788
Nombre de raisons justifiant qu'une femme refuse les rapports sexuels avec son mari						
0	3,9	210	5,4	10,3	15,7	222
1-2	3,4	2 769	3,4	6,5	9,9	2 968
3-4	3,2	5 406	3,4	6,5	9,8	5 592
Nombre de raisons justifiant qu'un mari batte sa femme						
0	2,9	2 693	3,7	6,1	9,8	2 784
1-2	3,1	1 525	3,1	6,3	9,3	1 580
3-4	3,4	2 365	3,4	7,1	10,5	2 500
5	3,7	1 801	3,5	6,8	10,3	1 917
Ensemble	3,3	8 384	3,5	6,6	10,0	8 782

[1] Les totaux sont calculés en excluant les femmes ayant donné des réponses non-numériques.
[2] Voir tableau 7.3 pour la définition des besoins non-satisfaits en matière de planification familiale.
[3] Soit seule ou en commun avec quelqu'un d'autre.

SANTÉ DE LA REPRODUCTION 8

Dr Ahmed Laabid

Au cours de l'enquête, des informations ont été collectées sur la santé des mères et sur celle de leurs enfants nés au cours des cinq années qui ont précédé l'enquête. Ce chapitre présente les résultats concernant les soins prénatals et postnatals, les conditions d'accouchement et les caractéristiques des nouveau-nés, enfin, la dernière section de ce chapitre est consacrée à la présentation des résultats concernant l'accès des femmes aux soins de santé. Ces résultats permettent d'identifier les problèmes les plus importants en matière de santé maternelle et infantile ; ils contribuent ainsi à l'évaluation et à la planification des politiques et des programmes de santé.

8.1 SOINS PRÉNATALS ET ACCOUCHEMENT

Visites prénatales

Pendant l'enquête, on a demandé aux femmes, pour chaque naissance survenue depuis janvier 1998, si au cours de la grossesse, elles avaient été en consultation prénatale. On a aussi enregistré le nombre de visites prénatales effectuées et la durée de grossesse au moment de la première visite, ainsi que le nombre d'injections antitétaniques qu'elles avaient reçues.

Le tableau 8.1 présente la répartition des femmes qui ont eu une naissance au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, par type de personne consultée durant la grossesse, selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Rappelons que les données ne concernent que les dernières naissances de la période 0-59 mois avant l'enquête. Lors de l'enquête, toutes les catégories de personnes consultées par la mère pendant la grossesse ont été enregistrées, mais seule la personne la plus qualifiée a été retenue dans ce tableau. On observe que sur 100 femmes qui ont été examinées, plus des deux tiers (68 %) ont fait l'objet de consultations prénatales auprès de professionnels de la santé (médecins, infirmières, sages-femmes). Les résultats de l'enquête montrent que les consultations ont été principalement effectuées par les médecins (40 %), et dans 28 % des cas, elles ont été dispensées par des infirmières ou sages-femmes. Cependant, pour pratiquement une naissance sur trois (32 %), les mères n'ont fait aucune consultation prénatale.

Par ailleurs, les résultats montrent que la proportion de femmes ayant effectué des consultations prénatales auprès de professionnels de la santé varie selon les caractéristiques socio-démographiques. En premier lieu, on constate que cette proportion diminue avec le rang de naissance ; en effet, pour 83 % des naissances de rang 1 (qui sont le plus souvent celles issues des femmes les plus jeunes), la mère est allée en consultation, contre 61 % des naissances de rang 4-5 et de 42 % de celles de rang 6 ou plus. On constate aussi que la proportion de femmes ayant effectué des consultations prénatales varie fortement avec le milieu et la région de résidence. Si, en urbain, plus de quatre naissances sur cinq (85 %) ont donné lieu à des consultations prénatales, en rural, cette proportion n'est que de 48 %. Corrélativement, en milieu rural, la proportion de femmes qui ne sont jamais allées en consultations prénatales est beaucoup plus élevée qu'en urbain (52 % contre 15 %). La comparaison de ces résultats avec ceux de l'ENPS-II de 1992 et de l'ENSME de 1997 met en évidence une nette augmentation de la proportion des femmes ayant effectué des soins prénatals, celle-ci étant passée de 32 % en 1992 à 58 % en 1997 et à 68 % en 2004. En outre, en milieu rural, cette proportion est passée de 18 % en 1992 à 48 % en 2004, soit une augmentation

Tableau 8.1 Soins prénatals

Répartition (en %) des femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par type de personne consultée durant la grossesse pour la naissance la plus récente, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

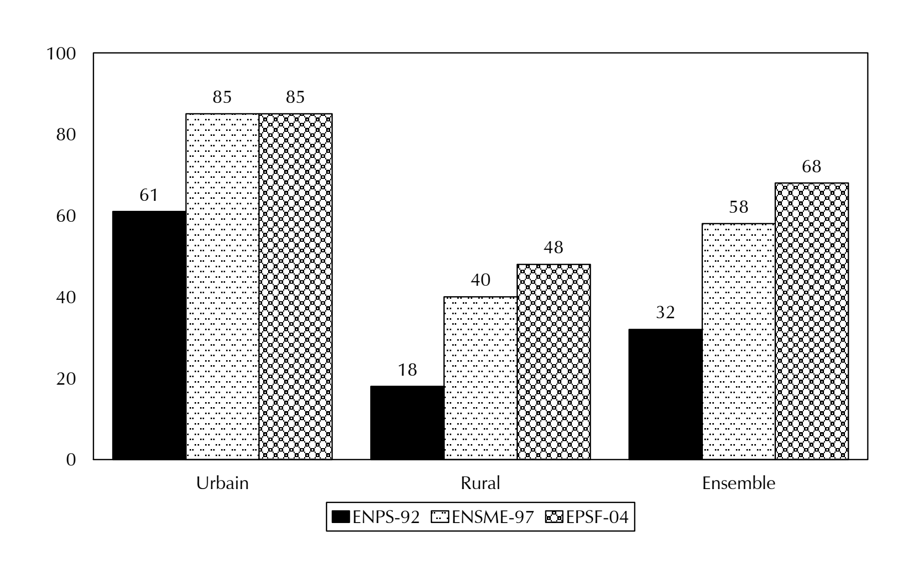
Caractéristique socio-démographique	Médecin	Infirmière/ sage femme/ auxiliaire	Accoucheuse traditionnelle/ autre	Personne	ND	Total	Effectif
Âge à la naissance							
<20	32,6	36,0	0,0	31,2	0,2	100,0	363
20-34	40,7	28,2	0,1	31,0	0,1	100,0	3 338
35-49	41,5	22,4	0,0	35,7	0,4	100,0	994
Rang de naissance							
1	51,6	31,2	0,0	17,1	0,1	100,0	1 129
2-3	42,9	27,9	0,0	29,0	0,2	100,0	1 982
4-5	34,4	26,7	0,3	38,3	0,2	100,0	938
6+	20,5	21,3	0,0	57,9	0,2	100,0	646
Milieu de résidence							
Urbain	54,9	30,0	0,0	14,9	0,1	100,0	2 517
Rural	23,2	24,7	0,1	51,7	0,3	100,0	2 177
Région							
Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra	*	*	*	*	*	*	15
Guelmim-Es-Smara	25,7	39,2	0,0	35,1	0,0	100,0	79
Souss-Massa-Draa	30,3	31,2	0,0	38,5	0,0	100,0	512
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	32,4	28,4	0,0	38,3	0,8	100,0	257
Chaouia-Ouardigha	42,1	31,6	0,0	26,3	0,0	100,0	325
Marrakech-Tensift-Al Haouz	24,0	35,2	0,0	40,6	0,2	100,0	522
Oriental	43,9	24,9	0,0	31,2	0,0	100,0	307
Grand-Casablanca	67,5	19,5	0,0	13,0	0,0	100,0	477
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	61,7	23,5	0,4	14,4	0,0	100,0	323
Doukkala-Abda	46,4	14,6	0,0	38,7	0,3	100,0	329
Tadla-Azilal	24,7	28,1	0,3	46,8	0,0	100,0	226
Meknès-Tafilalet	26,5	42,1	0,0	31,0	0,4	100,0	339
Fès-Boulmane	49,7	27,9	0,0	22,5	0,0	100,0	237
Taza-Al Hoceima-Taounate	23,6	31,7	0,3	43,9	0,5	100,0	312
Tanger-Tétouan	49,3	16,5	0,3	33,7	0,3	100,0	435
Niveau d'instruction							
Aucune instruction	26,6	28,9	0,1	44,1	0,3	100,0	2 837
Primaire	45,1	33,4	0,0	21,4	0,1	100,0	868
Secondaire et plus	74,8	18,6	0,0	6,6	0,0	100,0	989
Quintile de bien-être							
Le plus pauvre	17,1	22,6	0,0	60,0	0,3	100,0	1 022
Second	24,8	31,7	0,2	43,0	0,4	100,0	1 012
Moyen	35,9	34,7	0,1	29,2	0,1	100,0	981
Quatrième	53,3	33,5	0,1	13,0	0,0	100,0	830
Le plus riche	78,7	14,4	0,0	6,9	0,0	100,0	849
Ensemble	40,2	27,6	0,1	32,0	0,2	100,0	4 695

Note : Si plus d'un prestataire de soins prénatals a été déclaré, seul le prestataire le plus qualifié est pris en compte dans ce tableau.

* Basé sur trop peu de cas non-pondérés

de 30 points de pourcentage (graphique 8.1) Cette importante amélioration de la couverture des soins prénatals au cours de ces dernières années, qui traduit une tendance à la médicalisation des grossesses, peut être le fait d'un changement de comportement des femmes à l'égard de leur grossesse, celle-ci étant de moins en moins vécue comme un phénomène naturel, mais, plus en plus, comme comportant des risques qui nécessitent une surveillance par des professionnels de la santé**.** Cependant, malgré cette tendance à l'amélioration, les efforts pour augmenter le taux de couverture prénatale doivent se poursuivre, notamment en milieu rural.

Graphique 8.1 **Couverture des soins prénatals de 1992 à 2004**



Du point de vue des régions, les résultats mettent en évidence des disparités, les proportions de naissances ayant bénéficié de consultations prénatales variant d'un minimum de 53 % dans la région de Tadla-Azilal et 55 % dans celle de Taza-Al Hoceima-Taounate à un maximum de 87 % dans le Grand-Casablanca. Le recours aux consultations prénatales varie également de façon très importante avec le niveau d'instruction des femmes et le quintile de bien-être. En fonction du niveau d'instruction, on observe que 93 % des femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus ont effectué des visites prénatales contre 79 % de celles ayant un niveau primaire et 56 % de celles sans instruction. De même, la proportion de femmes ayant effectué des visites prénatales augmente au fur et à mesure que le niveau de bien-être du ménage augmente (de 40 % à 93 %). De plus, le recours au médecin est d'autant plus important que le quintile auquel le ménage appartient est élevé.

Pour être efficace, les soins prénatals doivent être effectués à un stade précoce de la grossesse et, surtout, ils doivent se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande, au moins, quatre visites prénatales, à intervalles réguliers tout au long de la grossesse. Au tableau 8.2 et au graphique 8.2 figurent les données sur le nombre de visites prénatales effectuées et le stade de la grossesse à la première visite. Seulement près du tiers des naissances (31 %) ont fait l'objet de 4 visites prénatales ou plus, ce qui est en accord avec les recommandations de l'OMS. Comme il fallait s'y attendre, les 4 visites prénatales ou plus sont beaucoup plus fréquentes en milieu urbain (44 %) qu'en milieu rural (15 %). Par ailleurs, on note que pour 29 % des naissances, les mères ont effectué 2 à 3 visites (35 % en urbain et 22 % en rural) et que pour 8 % des naissances, elles n'en ont effectué qu'une seule.

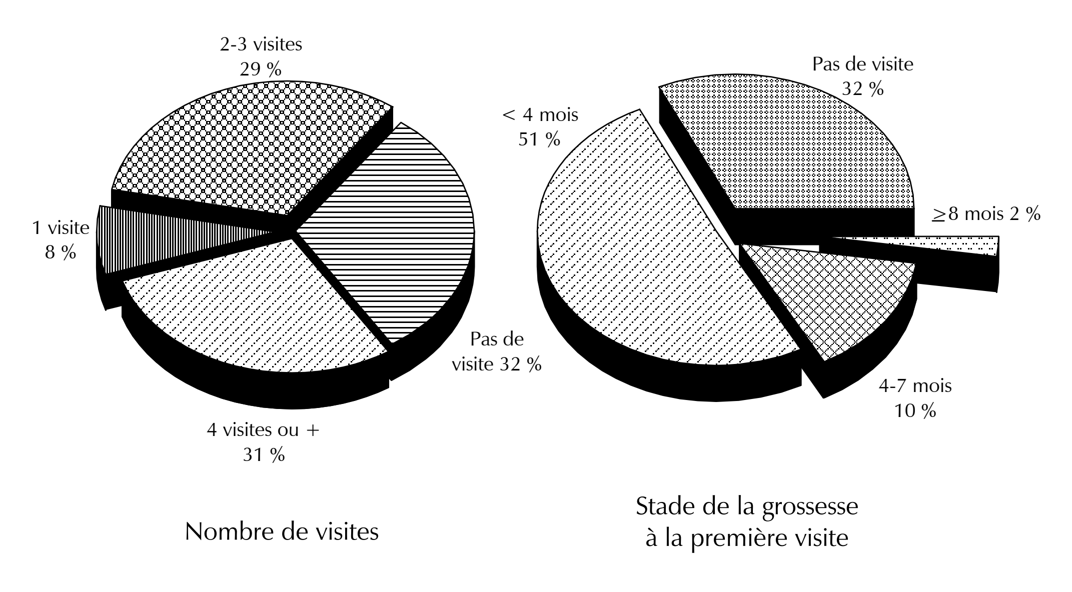
Tableau 8.2 Nombre de visites prénatales et stade de la grossesse

Répartition (en %) des femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, selon le nombre de visites prénatales pour la naissance la plus récente et selon le stade de la grossesse au moment de la première visite, par milieu de résidence, EPSF Maroc 2003-04

Visites prénatales	Milieu de résidence		
	Urbain	Rural	Total
Nombre de visites prénatales			
Aucune	14,9	51,7	32,0
1	5,5	10,8	8,0
2-3	35,0	22,3	29,1
4+	44,0	14,9	30,5
NSP/ND	0,6	0,3	0,5
Total	100,0	100,0	100,0
Mois de grossesse à la 1ère visite prénatale			
Aucun soin prénatal	14,9	51,7	32,0
<4	68,6	30,5	50,9
4-5	11,4	9,3	10,4
6-7	3,6	5,1	4,3
8+	1,4	3,3	2,3
NSP/ND	0,1	0,2	0,1
Total	100,0	100,0	100,0
Nombre médian de mois de grossesse à la première visite	3,0	3,5	3,2
Effectif de femmes	2 517	2 177	4 695

Par ailleurs, toujours selon les données du tableau 8.2, présentés au graphique 8.2, on constate que, pour plus de la moitié des naissances (51 %), la première visite prénatale s'est effectuée à un stade précoce de la grossesse, c'est-à-dire à moins de 4 mois ; par contre, pour 10 % des naissances, la première visite a eu lieu entre le quatrième et le cinquième mois de grossesse et pour 4 % des naissances, la première visite prénatale n'a été effectuée qu'à partir de 6 mois de grossesse. Dans seulement 2 % des cas, les femmes ont attendu au moins le huitième mois pour effectuer la première visite. La durée médiane de grossesse à la première visite s'établit à 3,2 mois.

Graphique 8.2 Nombre de visites prénatales et stade de la grossesse



Types de soins prénatals

Le tableau 8.3 présente les proportions de femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq dernières années qui ont effectué des soins prénatals pour la naissance la plus récente et qui ont reçu certaines informations et/ou qui ont effectué certains examens au cours de ces visites, selon certaines caractéristiques socio-démographiques (graphique 8.3). Dans ce tableau figure également la proportion de femmes qui ont reçu du fer. On observe que sur 100 femmes, seulement 39 ont été informées des signes de complications de la grossesse ; par contre dans la majorité des cas (81 %), le poids a été relevé ; la tension et la taille ont été vérifiées dans respectivement 91 % et 70 % des cas. Pour plus de la moitié des femmes, un examen d'urine a été effectué (54 %), et un échantillon de sang a été prélevé (52 %). En outre, les résultats montrent qu'environ quatre femmes sur dix (38 %) ont reçu du fer, sous forme de comprimés ou de sirop.

Selon les résultats en fonction de l'âge, on constate que ce sont les femmes de moins de 20 ans qui ont été le moins fréquemment informées des signes de complications de la grossesse. (35 % contre 39 % à 20-34 ans et 41 % à 35-49 ans). De même, on constate que pour seulement 31 % des naissances de rang 6, les femmes ont reçu ce type d'informations contre 41 % pour celles de rang 1. En outre, les résultats selon le milieu de résidence montrent que la proportion de femmes ayant été informées est plus élevée en urbain qu'en rural (41 % contre 35 %).

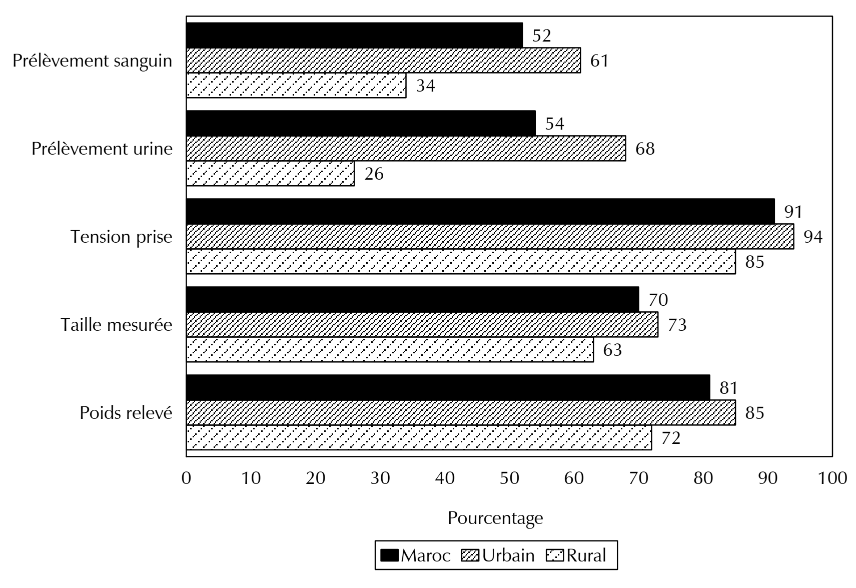
Par niveau d'instruction, on constate également des écarts importants, la proportion de femmes informée variant d'un minimum de 35 % parmi les femmes sans aucune instruction à un maximum de 46 % parmi les plus instruites. Selon le quantile de bien-être, les écarts ne sont pas non plus négligeables. En effet, les pourcentages varient de 32 % parmi les femmes du quintile le plus pauvre à 45 % parmi celles du plus riche.

Tableau 8.3 Composants des visites prénatales

Pourcentage de femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête et qui ont bénéficié de certains examens au cours des soins prénatals pour la naissance la plus récente, pourcentage de celles qui ont reçu des compléments de fer, sous forme de comprimés ou de sirop, et pourcentage de celles qui ont pris des médicaments antipaludéens, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	Parmi les femmes ayant reçu des soins prénatals: A été informée des signes de complications de grossesse	Poids mesuré	Taille mesurée	Tension artérielle mesurée	Urine prélevée	Sang prélevé	Effectif	A reçu du fer en comprimés ou en sirop	Effectif de femmes
Âge à la naissance									
<20	35,0	80,3	71,8	89,8	54,5	46,5	249	37,0	363
20-34	39,0	80,7	69,7	90,8	53,8	52,5	2 301	39,8	3 338
35-49	41,1	81,0	69,6	91,9	54,7	53,7	635	33,9	994
Rang de naissance									
1	40,7	82,2	72,0	91,3	66,6	56,2	935	48,6	1 129
2-3	39,4	82,1	70,3	92,4	56,3	55,4	1 404	42,9	1 982
4-5	39,5	78,8	68,6	87,8	40,1	46,5	577	31,4	938
6+	31,5	72,5	63,3	88,8	28,3	34,7	270	16,6	646
Milieu de résidence									
Urbain	41,1	84,9	73,0	93,7	67,6	61,4	2 139	51,2	2 517
Rural	35,0	72,2	63,4	85,3	26,3	33,5	1 046	23,5	2 177
Niveau d'instruction									
Aucune instruction	35,0	78,5	69,7	87,7	40,1	42,4	1 580	27,5	2 837
Primaire	39,2	78,1	67,9	92,2	57,1	53,4	682	45,6	868
Secondaire et plus	46,1	86,4	71,6	95,7	75,4	68,2	923	63,0	989
Quintile de bien-être									
Le plus pauvre	31,7	71,1	64,7	82,2	21,5	26,8	406	17,3	1 022
Second	32,4	75,6	64,4	87,1	31,9	40,5	573	28,7	1 012
Moyen	37,7	82,3	73,5	91,0	51,1	51,5	694	37,9	981
Quatrième	43,7	85,3	75,9	94,1	66,6	60,3	722	49,7	830
Le plus riche	44,9	83,8	67,7	95,4	77,8	67,1	790	64,6	849
Ensemble	39,1	80,7	69,9	90,9	54,0	52,3	3 185	38,3	4 695

Graphique 8.3 Proportion de femmes ayant effectué certains examens au cours des visites prénatales



EPSF Maroc 2003-04

Vaccinations antitétaniques

Au tableau 8.4 figurent les résultats sur les vaccinations antitétaniques (VAT) reçues par les mères pour toutes les naissances survenues durant les cinq années ayant précédé l'enquête. Ces vaccinations faites au cours de la grossesse ont pour but de prévenir le tétanos néonatal qui est l'une des principales causes de décès des nouveau-nés dans la plupart des pays en développement. Pour une protection complète de la mère et de l'enfant, il faut deux injections au cours de la grossesse, avec au moins 30 jours d'intervalle entre les deux piqûres, ou bien une seule injection, si la mère a déjà été vaccinée lors de la grossesse précédente (ou avant toute grossesse).

Tableau 8.4 Vaccination antitétanique

Répartition (en %) des femmes qui ont une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par nombre d'injections antitétaniques reçues durant la grossesse pour la naissance la plus récente, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	Aucune	Une injection	Deux injections ou plus	Ne sait pas/ND	Total	Effectif
Âge à la naissance						
<20	57,2	18,0	23,0	1,7	100,0	363
20-34	71,7	15,4	12,7	0,3	100,0	3 338
35-49	77,8	13,3	8,5	0,5	100,0	994
Rang de naissance						
1	56,8	19,0	23,7	0,5	100,0	1 129
2-3	74,7	14,9	10,0	0,4	100,0	1 982
4-5	78,1	13,8	7,5	0,6	100,0	938
6+	80,1	11,0	8,7	0,2	100,0	646
Milieu de résidence						
Urbain	70,2	16,3	13,0	0,5	100,0	2 517
Rural	73,6	13,8	12,2	0,4	100,0	2 177
Région						
Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra	*	*	*	*	*	15
Guelmim-Es-Ssmara	75,9	18,5	4,7	1,0	100,0	79
Souss-Massa-Draa	84,6	11,9	3,5	0,0	100,0	512
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	70,6	14,5	14,6	0,3	100,0	257
Chaouia-Ouardigha	54,6	15,8	29,1	0,5	100,0	325
Marrakech-Tensift-Al Haouz	70,8	12,9	15,6	0,7	100,0	522
Oriental	75,8	11,8	12,3	0,0	100,0	307
Grand-Casablanca	55,1	22,9	20,5	1,6	100,0	477
Rabat-Sale-Zemmour-Zaër	73,7	18,5	7,5	0,4	100,0	323
Doukkala-Abda	72,8	16,0	10,9	0,3	100,0	329
Tadla-Azilal	75,9	16,6	7,2	0,3	100,0	226
Meknès-Tafilalet	72,8	12,6	14,2	0,4	100,0	339
Fès-Boulmane	61,6	16,4	22,1	0,0	100,0	237
Taza-Al Hoceima-Taounate	77,2	13,6	8,9	0,2	100,0	312
Tanger-Tétouan	82,5	13,4	3,5	0,6	100,0	435
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	74,1	14,1	11,4	0,4	100,0	2 837
Primaire	66,5	17,9	14,9	0,7	100,0	868
Secondaire ou plus	69,8	15,7	14,0	0,5	100,0	989
Quintile de bien-être						
Le plus pauvre	77,4	11,5	10,4	0,7	100,0	1 022
Second	70,8	16,0	13,0	0,3	100,0	1 012
Moyen	68,3	17,6	13,6	0,5	100,0	981
Quatrième	67,2	17,8	14,6	0,4	100,0	830
Le plus riche	75,0	13,0	11,6	0,4	100,0	849
Ensemble	71,8	15,1	12,6	0,5	100,0	4 695

* Basé sur trop peu de cas non-pondérés

Environ trois naissances sur dix seulement (28 %) ont été protégées par, au moins, une dose de vaccin reçue par les mères durant la grossesse et, dans 13 % des cas, les femmes ont reçu au moins deux doses de vaccin. Ce niveau de vaccinations antitétaniques est de loin inférieur à celui enregistré en 1992 dans cadre de l'ENPS-II (54 % et 46 % des naissances ont été protégées par respectivement au moins une dose et par deux doses).

Selon les caractéristiques socio-démographiques, on constate des écarts importants. D'abord, selon l'âge des mères, on constate que la couverture varie de 41 % pour les femmes de moins de 20 ans à 22 % pour celles de 35 ans ou plus. Il existe également de très fortes disparités régionales dans la couverture de la VAT. Ainsi, on constate que dans les régions de Souss-Massa-Draâ (15 %) et Tanger-Tétouan (17 %), moins de deux mères sur dix ont bénéficié d'au moins une dose de VAT, contre 38 % à Fès-Boulmane et 45 % dans les deux régions de Chaouia-Ouardigha et du Grand-Casablanca. Dans les autres régions, le niveau varie de 22 % à Taza-Al Hoceima-Taounate à 29 % à Gharb-Chrarda-Bni Hssen. Par contre, en ce qui concerne le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être, les écarts observés ne sont pas très importants.

Lieu d'accouchement

Au cours des cinq années qui ont précédé l'enquête, 61 % des naissances ont eu lieu dans un établissement sanitaire, en majorité public (53 % contre 8 % en privé) et 39 % à la maison (tableau 8.5). En 1992, selon l'ENPS-II, l'accouchement dans les services de santé était très limité et ne dépassait pas 28 %, et en 1997, selon l'ENSME, il était passé à 46 %.

Le lieu d'accouchement varie selon les caractéristiques socio-démographiques des femmes. On constate qu'en milieu urbain (83 %), les femmes accouchent plus fréquemment en formations sanitaires qu'en milieu rural (38 %). Selon l'âge, on relève peu de variation entre les femmes de moins de 20 ans (65 %) et celles de 35 ans ou plus (61 %). De même, la fréquentation des services de santé pour l'accouchement diminue avec le rang de naissance de l'enfant : d'un maximum de 79 % pour le rang 1, elle diminue au fur et à mesure que la parité augmente pour n'atteindre que 35 % des naissances de rang 6 ou plus.

En ce qui concerne la région de résidence (données présentées en Annexe D), on constate que les régions de Marrakech-Tensift-Al Haouz et de Taza-Al Hoceima-Taounate se caractérisent par les plus faibles proportions de femmes accouchant dans des structures sanitaires (respectivement, 45 % et 47 %). De même, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être jouent un rôle prépondérant dans le choix du lieu d'accouchement. Selon le niveau d'instruction, on constate qu'en moyenne 92 % des naissances de femmes ayant un niveau secondaire ou plus se sont déroulées dans un établissement sanitaire contre 76 % des naissances de mères de niveau primaire et seulement 47 % de celles dont la mère n'a aucune instruction. Pour ce qui est du quintile de bien-être, on constate que la majorité des accouchements des femmes du quintile le plus pauvre se sont déroulés à la maison (71 %) contre seulement une minorité de cas chez les femmes du quintile le plus riche (6 %) (graphique 8.4). En outre, on note que les naissances pour lesquelles la mère n'a effectué aucune visite prénatale se déroulent beaucoup moins fréquemment en établissement sanitaire (36 %) que lorsqu'il y a eu des consultations prénatales, en particulier lorsqu'il y en a eu 4 ou plus (86 %).

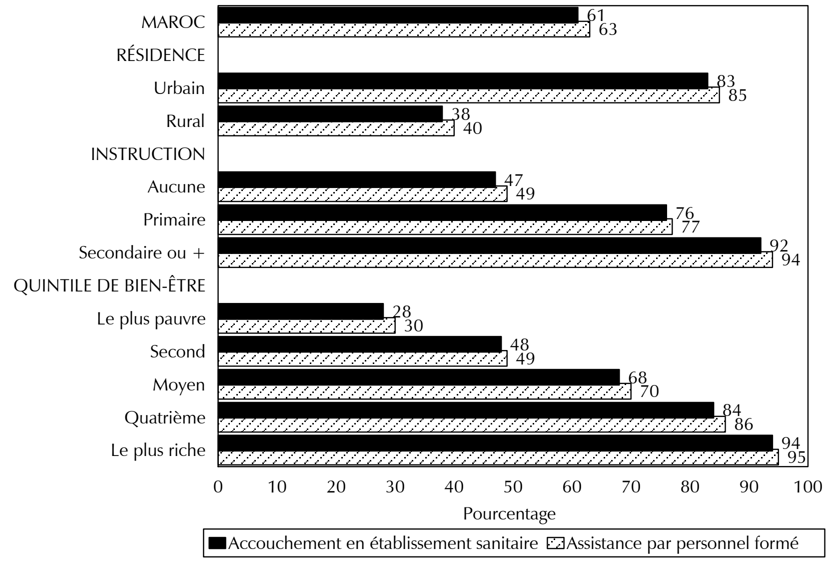
Tableau 8.5 Lieu de l'accouchement

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par lieu d'accouchement, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	Établissement de santé: Secteur public	Établissement de santé: Secteur privé	Maison	Autre	ND	Total	Effectif de naissances
Âge de la mère à la naissance de l'enfant							
<20	63,4	1,1	34,6	0,5	0,4	100,0	559
20-34	52,7	7,6	39,1	0,2	0,4	100,0	4 365
35-49	49,0	12,0	38,2	0,5	0,3	100,0	1 119
Rang de naissance							
1	69,6	9,5	20,3	0,2	0,5	100,0	1 628
2-3	52,7	9,2	37,6	0,1	0,3	100,0	2 486
4-5	43,6	6,1	49,3	0,7	0,3	100,0	1 155
6+	33,4	1,9	63,8	0,5	0,3	100,0	773
Milieu de résidence							
Urbain	68,5	14,7	16,4	0,1	0,3	100,0	3 051
Rural	37,3	0,7	61,1	0,5	0,4	100,0	2 991
Niveau d'instruction de la mère							
Aucune instruction	45,1	1,8	52,4	0,4	0,4	100,0	3 783
Primaire	68,5	7,1	23,8	0,3	0,3	100,0	1 086
Secondaire ou plus	64,4	27,7	7,6	0,0	0,2	100,0	1 174
Nombre de visites prénatales[1]							
Aucune	35,3	0,7	63,6	0,3	0,2	100,0	1 501
1-3	65,0	4,2	30,4	0,4	0,0	100,0	1 741
4+	63,7	22,0	14,2	0,2	0,0	100,0	1 431
NSP/ND	63,0	12,0	11,2	0,0	13,8	100,0	21
Quintile de bien-être							
Le plus pauvre	28,3	0,1	70,5	0,7	0,3	100,0	1 427
Second	47,0	0,8	51,4	0,2	0,5	100,0	1 384
Moyen	65,8	1,9	31,8	0,1	0,4	100,0	1 232
Quatrième	74,4	9,3	15,9	0,3	0,2	100,0	1 001
Le plus riche	59,6	34,2	6,0	0,0	0,3	100,0	999
Ensemble	53,0	7,8	38,5	0,3	0,3	100,0	6 043

[1] Concerne seulement la naissance la plus récente au cours des cinq dernières années.

Graphique 8.4 Accouchement en établissement sanitaire et assistance à l'accouchement par du personnel formé



Note : Personnel formé : médecin, sage-femme ou infirmière

EPSF Maroc 2003-04

Assistance lors de l'accouchement

Le tableau 8.6 présente la répartition des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, par type d'assistance à l'accouchement, selon certaines caractéristiques socio-démographiques des mères. On constate tout d'abord que 63 % des naissances des cinq dernières années ont été assistées par un professionnel de la santé. Ce pourcentage était seulement de 40 % selon l'enquête EPPS de 1995.

Dans la majorité des cas, ce sont des infirmières ou des sages-femmes (47 %) qui ont aidé à l'accouchement, les médecins ne jouant qu'un rôle plus limité (16 %). Environ un cinquième des naissances ont bénéficié de l'assistance d'accoucheuses traditionnelles (21 %) et une proportion relativement élevée d'accouchements (15 %) s'est déroulée avec l'assistance de parents ou d'amis.

Tableau 8.6 Assistance lors de l'accouchement

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par type d'assistance durant l'accouchement, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	Médecin	Infirmière/ sage femme/ sage femme auxilliaire	Accoucheuse traditionnelle	Parent/ autre	Personne	NSP/ ND	Total	Nombre de naissances
Âge de la mère à la naissance de l'enfant								
<20	9,6	56,3	19,9	13,6	0,0	0,6	100,0	559
20-34	15,8	46,4	20,8	15,9	0,7	0,5	100,0	4 365
35-49	18,7	44,2	20,0	14,3	2,5	0,3	100,0	1 119
Rang de naissance								
1	23,4	57,2	11,0	7,7	0,0	0,6	100,0	1 628
2-3	16,0	48,1	20,8	14,3	0,5	0,4	100,0	2 486
4-5	11,2	40,3	25,0	21,6	1,7	0,2	100,0	1 155
6+	5,6	31,3	33,7	25,8	3,3	0,4	100,0	773
Milieu de résidence								
Urbain	26,0	59,3	7,7	6,3	0,3	0,3	100,0	3 051
Rural	5,3	34,2	33,8	24,6	1,6	0,5	100,0	2 991
Niveau d'instruction de la mère								
Aucune instruction	8,5	40,3	28,2	21,1	1,4	0,5	100,0	3 783
Primaire	15,3	61,4	12,6	10,1	0,1	0,5	100,0	1 086
Secondaire ou plus	39,6	54,8	3,4	1,9	0,1	0,2	100,0	1 174
Quintile de bien-être								
Le plus pauvre	4,3	25,2	39,9	28,2	2,0	0,4	100,0	1 427
Second	5,8	43,6	28,8	20,0	1,3	0,5	100,0	1 384
Moyen	14,0	56,3	14,1	14,5	0,6	0,5	100,0	1 232
Quatrième	20,7	65,4	7,4	6,0	0,2	0,4	100,0	1 001
Le plus riche	43,1	52,3	3,1	1,1	0,1	0,3	100,0	999
Ensemble	15,7	46,9	20,6	15,4	0,9	0,4	100,0	6 043

Note : Si l'enquêtée déclare que plus d'une personne a assisté l'accouchement, seule la personne la plus qualifiée est prise en compte dans ce tableau.

L'examen des données par caractéristiques socio-démographiques de la mère met en évidence le même type de variations que celles observées à propos du lieu d'accouchement. Les régions de Marrakech-Tensift-Al Haouz et de Taza-Al Hoceima-Taounate (données présentées en Annexe D) qui se caractérisent par le plus faible pourcentage d'accouchements en structure sanitaire enregistre également la plus faible proportion de femmes dont l'accouchement a été assisté par du personnel de santé (respectivement, 48 % et 49 %). Selon l'âge, on enregistre peu de variation entre les femmes de moins de 20 ans (66 %) et celles de 35 ans ou plus (63 %). Les naissances qui ont été le plus fréquemment assistées par du personnel de santé sont celles de rang 1 (81 %), celles issues de mères ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (94 %), et les naissances dont les mères appartiennent aux ménages les plus aisés (95 %). Par ailleurs, les naissances de mères résidant en milieu urbain sont assistées, en grande majorité, par un professionnel de la santé (85 %) contre seulement 40 % de celles du milieu rural.

Les naissances assistées par des accoucheuses traditionnelles sont peu fréquentes en milieu urbain (8 %) et chez les femmes de niveau secondaire ou plus (3 %) ou appartenant au quintile le plus riche (3 %), alors qu'elles représentent 34 % des naissances du milieu rural, 28 % de celles de mères sans instruction, et 40 % des naissances de mères appartenant au quintile le plus pauvre. Les parents et amis jouent un rôle non négligeable puisque près d'une naissance sur sept (15 %) s'est produite avec leur assistance : leur rôle est particulièrement important en milieu rural (25 %), parmi les naissances de rang 6 ou plus (26 %), dans la région de Taza-Al Hoceima-Taounate (30 %) (données présentées en Annexe D), et quand il s'agit des naissances de femmes sans instruction (21 %) ou de celles dont les mères appartiennent à des ménages pauvres (28 %).

Caractéristiques de l'accouchement et du nouveau-né

Parmi les naissances des cinq années ayant précédé l'enquête, 5,4 % ont eu lieu par césarienne (tableau 8.7). Cette proportion n a pratiquement pas augmenté par rapport à celle enregistrée dans le cadre de l'EPPS de 1995. Comme il fallait s'y attendre, les césariennes, qui nécessitent un environnement hospitalier, sont plus fréquentes dans la région du Grand-Casablanca (14,3 %) (données présentées en Annexe D), chez les femmes du milieu urbain (9 %), chez celles de niveau secondaire ou supérieur (15 %) et chez les femmes appartenant au quintile le plus riche (16 %). Les césariennes sont également plus fréquentes parmi les naissances issues de mères âgées de 35 ans ou plus (7 %) et parmi celles de rang 1 (10 %).

D'après les carnets de santé ou les déclarations de la mère, on connaît le poids à la naissance des enfants dans 60 % des cas (tableau 8.7) : parmi ces derniers, 43 % avaient un poids égal ou supérieur à 2 500 grammes alors que 6 % étaient de faible poids (moins de 2 500 grammes). Précisons que cette information est en partie biaisée dans la mesure où les rares enfants qui ont été pesés sont certainement ceux qui sont nés dans les meilleures conditions (en établissement sanitaire équipé) et qui sont aussi probablement issus de mères de couche sociale privilégiée. À la question, très subjective, concernant la *grosseur* de leur bébé à la naissance, 75 % des mères ont déclaré qu'il était *moyen ou gros*, dans 19 % des cas, elles ont déclaré qu'il était *plus petit que la moyenne* et, dans 6 % des cas, elles ont déclaré qu'il était *très petit*. La perception de la taille du nouveau-né par les mères varie très peu selon les caractéristiques socio-démographiques.

Tableau 8.7 Caractéristiques de l'accouchement

Pourcentage de naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête selon que l'accouchement a été effectué, ou non par césarienne, répartition (en %) du poids de l'enfant à la naissance et de sa grosseur estimée par la mère, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

		Poids de l'enfant					Grosseur de l'enfant à la naissance					
Caractéristique socio-démographique	Accouche-ment par césarienne	Non pesé	Moins de 2.5 kg	2.5 kg ou plus	NSP/ ND	Total	Très petit	Plus petit que la moyenne	Moyen ou plus gros que la moyenne	NSP/ ND	Total	Effectif de naissances
Âge de la mère à la naissance de l'enfant												
<20	2,5	38,7	6,7	37,2	17,4	100,0	7,4	19,1	72,6	1,0	100,0	559
20-34	5,3	40,2	6,1	42,7	11,0	100,0	5,4	18,5	75,3	0,8	100,0	4 365
35-49	7,2	39,4	4,6	44,3	11,8	100,0	4,8	18,3	76,2	0,7	100,0	1 119
Rang de naissance												
1	9,6	23,1	8,2	53,9	14,9	100,0	6,0	19,5	73,6	0,9	100,0	1 628
2-3	5,2	38,3	5,6	45,7	10,5	100,0	4,9	16,9	77,6	0,6	100,0	2 486
4-5	2,8	50,3	4,9	33,8	11,1	100,0	6,4	19,7	73,1	0,8	100,0	1 155
6+	1,1	65,0	3,5	21,1	10,4	100,0	5,1	19,7	74,1	1,0	100,0	773
Milieu de résidence												
Urbain	9,1	17,1	7,4	63,5	12,0	100,0	4,6	16,4	78,3	0,7	100,0	3 051
Rural	1,6	63,1	4,4	21,0	11,5	100,0	6,4	20,6	72,1	0,9	100,0	2 991
Niveau d'instruction de la mère												
Aucune instruction	2,7	54,6	5,3	26,6	13,5	100,0	6,1	20,0	73,1	0,9	100,0	3 783
Primaire	4,8	24,3	8,0	54,7	13,0	100,0	5,6	19,0	74,6	0,8	100,0	1 086
Secondaire et plus	14,6	7,1	5,9	82,1	4,9	100,0	3,6	13,2	82,6	0,6	100,0	1 174
Quintile de bien-être												
Le plus pauvre	1,5	73,3	3,5	13,4	9,7	100,0	7,1	21,8	70,1	1,1	100,0	1 427
Second	2,0	53,5	4,9	26,1	15,5	100,0	6,5	20,6	72,4	0,5	100,0	1 384
Moyen	3,4	33,1	8,5	45,3	13,2	100,0	6,2	17,8	74,8	1,2	100,0	1 232
Quatrième	7,5	16,2	8,0	62,5	13,4	100,0	3,4	17,0	79,2	0,4	100,0	1 001
Le plus riche	16,0	5,6	5,4	83,0	6,0	100,0	3,0	13,3	83,0	0,7	100,0	999
Ensemble	5,4	39,9	5,9	42,5	11,8	100,0	5,5	18,5	75,2	0,8	100,0	6 043

8.2 VISITES POSTNATALES

Le tableau 8.8 présente la répartition des femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête et dont l'accouchement s'est déroulé en dehors d'un établissement sanitaire, selon l'intervalle de temps entre l'accouchement et le premier examen postnatal et selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Rappelons que les données ne portent que sur la dernière naissance.

Les résultats montrent que plus de neuf femmes sur dix (93 %) n'ont effectué aucune visite postnatale. Dans 1 % des cas seulement, un bilan postnatal a été effectué dans les deux jours qui ont suivi l'accouchement, moins de 1 % dans les 3-6 jours et 5 % dans les 7-41 jours après l'accouchement.

Tableau 8.8 Soins postnatals

Répartition (en %) des femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête et qui s'est déroulée en dehors d'un établissement sanitaire, en fonction du moment où les soins post-natals ont été effectués pour la naissance la plus récente, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	Temps écoulé avant le premier examen postnatal: Dans les deux jours après accouchement	3-6 jours après accouchement	7-41 jours après accouchement	NSP/ND	Aucune visite postnatale	Total	Effectif
Âge de la mère à la naissance de l'enfant							
<20	0,7	0,0	8,8	0,0	90,5	100,0	110
20-34	1,0	0,6	4,7	0,1	93,7	100,0	1 228
35-49	1,0	1,4	3,9	0,3	93,4	100,0	370
Rang de naissance							
1	1,4	0,6	6,3	0,0	91,7	100,0	189
2-3	1,1	0,7	5,1	0,0	93,1	100,0	678
4-5	0,4	0,7	4,2	0,2	94,5	100,0	438
6+	1,2	0,9	4,1	0,3	93,6	100,0	403
Milieu de résidence							
Urbain	1,9	1,8	12,6	0,0	83,7	100,0	405
Rural	0,7	0,4	2,4	0,2	96,4	100,0	1 303
Niveau d'instruction							
Aucune instruction	1,0	0,7	3,5	0,2	94,7	100,0	1 431
Primaire	0,9	0,4	9,8	0,0	88,9	100,0	206
Secondaire ou plus	1,0	2,9	16,2	0,0	79,9	100,0	71
Quintile de bien-être							
Le plus pauvre	0,4	0,3	2,1	0,2	97,1	100,0	720
Second	1,2	1,1	3,5	0,2	94,1	100,0	510
Moyen	1,8	0,4	7,9	0,0	89,9	100,0	291
Quatrième	1,7	2,1	9,6	0,0	86,6	100,0	133
Le plus riche	0,0	1,8	24,7	0,0	73,6	100,0	54
Ensemble	1,0	0,7	4,8	0,1	93,4	100,0	1 708

[1] Y compris les femmes ayant reçu les premiers soins postnatals après 41 jours.

Selon l'âge on ne constate pas une variation significative des proportions de femmes ayant effectué une visite postnatale. Le rang de naissance n'a pas, non plus, une influence sur la fréquence des soins postnatals. En milieu urbain, après un accouchement, 84 % des femmes n'ont pas effectué de bilan postnatal contre 96 % en milieu rural. Par niveau d'instruction, on constate des variations dans les pourcentages de femmes n'ayant pas effectué des soins postnatals : 95 % chez les femmes sans instruction, 89 % chez celles avec une instruction primaire et 80 % chez les femmes ayant une instruction secondaire ou plus. Selon le quintile de bien-être, le pourcentage de femmes qui n'ont pas effectué de consultations postnatales après un accouchement varie de 97 % parmi les femmes du quintile le plus pauvre à 74 % parmi celles du plus riche.

8.3 STATUT DE LA FEMME ET SANTÉ REPRODUCTIVE

Le tableau 8.9 présente, selon les trois indicateurs du statut de la femme, la répartition des femmes qui ont eu une naissance au cours de cinq années ayant précédé l'enquête et qui ont reçu des soins prénatals, celles qui ont effectué certains examens postnatals et celles dont l'accouchement s'est déroulé avec l'assistance d'un professionnel de la santé.

Il semble que, malgré des variations irrégulières, la fréquence des soins prénatals et postnatals ainsi que l'assistance à l'accouchement par un professionnel de la santé soit influencée par le nombre de décisions auxquelles à participé la femme : en effet, quand les femmes n'ont été impliquées dans aucune décision, 62 % ont reçu des soins prénatals, 62 % ont été examinées dans les deux jours qui ont suivi l'accouchement et 58 % ont accouché avec l'assistance de personnel de santé. Quand les femmes ont été associées à la prise de cinq décisions, ces proportions sont plus élevées et sont respectivement de 72 %, 69 % et 69 %.

Tableau 8.9 Statut de la femme et santé reproductive

Répartition (en %) des femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête et qui ont reçu, pour la naissance la plus récente, des soins prénatals et postnatals par un professionnel de la santé et pourcentages de naissances qui se sont déroulées avec l'assistance d'un professionnel de la santé, selon les indicateurs du statut de la femme, EPSF Maroc 2003-04

Indicateur du statut de la femme	% ayant reçu des soins prénatals dispensés par un médecin, une infirmière/sage femme	% examinées au cours des 2 jours ayant suivi l'accouchement	Effectif de femmes	% dont l'accouchement a été assisté par médecin, infirmière/sage femme	Effectif de naissances
Nombre de décisions prises par la femme					
0	62,1	62,1	438	58,4	576
1-2	61,8	55,9	1,628	53,9	2 146
3-4	73,9	70,3	728	69,5	928
5	71,8	68,8	1,901	68,8	2 392
Nombre de raisons justifiant de refuser les rapports sexuels avec le mari					
0	54,0	49,6	122	46,4	163
1-2	62,8	57,9	1 543	56,2	2 026
3-4	70,8	67,6	3 029	66,7	3 853
Nombre de raisons justifiant qu'un homme batte sa femme					
0	80,6	77,7	1 431	78,1	1 737
1-2	74,6	70,8	851	70,5	1 097
3-4	63,0	57,1	1 323	55,9	1 746
5	51,4	48,9	1 089	46,3	1 463
Ensemble	67,8	64,0	4 695	62,6	6 043

[1] Y compris les mères qui ont accouché dans un établissement sanitaire.
[2] Soit seule ou en commun avec quelqu'un d'autre.

En fonction du second indicateur, il semble également qu'il y ait une relation entre l'opinion de la femme et la fréquence des soins prénatals, postnatals et de l'assistance à l'accouchement par du personnel qualifié. En effet, quand la femme pense qu'il n'y a aucune raison qui justifie qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari, ces proportions sont respectivement de 54 %, 50 % et 46 %. Par contre, quand la femme pense que pour cinq raisons, le refus est admissible, ces proportions passent à respectivement, 71 %, 68 % et 67 %.

Les résultats selon le troisième indicateur font apparaître le même type de relation : moins les femmes adhèrent à certaines normes qui régissent traditionnellement les comportements entre les genres plus la fréquence des soins prénatals, postnatals et de l'assistance à l'accouchement par du personnel qualifié est élevée. En effet, quand les femmes pensent qu'il n'y a aucune raison qui justifie qu'un homme batte sa femme, les proportions sont respectivement de 81 %, 78 % et 78 % ; par contre, quand elles pensent que pour cinq raisons, ce comportement est admissible, les proportions ne sont plus que de respectivement, 51 %, 49 % et 46 %.

8.4 PROBLÈMES PERÇUS POUR L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ DE LA FEMME

Du fait de leur place dans la société et de leur situation économique, les femmes peuvent se trouver en position désavantagée en matière de soins et leur accès aux services de santé peut en être restreint. Au cours de l'EPSF, des questions ont été posées aux femmes non célibataires concernant les problèmes qu'elles avaient pu rencontrer pour se soigner. Les résultats sont présentés au tableau 8.10.

On constate en premier lier que 85 % des femmes se sont heurtées à un des problèmes cités. Cette proportion est élevée quelle que soit la caractéristique socio-économique. Plus précisément, les résultats montrent que le manque d'argent a été l'obstacle majeur rencontré par les femmes pour accéder aux soins de santé et obtenir un traitement (74 %). Ce problème affecte davantage les femmes du milieu rural que celles du milieu urbain (85 % contre 66 %). En outre, ce problème financier se pose de manière plus aiguë aux femmes qui n'ont pas d'instruction, à celles qui ne travaillent pas ou travaillent sans être payées, et aux femmes appartenant aux ménages les plus pauvres.

Deux autres problèmes importants ont été déclarés par les femmes tels que la distance à parcourir pour atteindre un établissement de santé (60 %) et l'obligation de prendre un moyen de transport (56 %). Ces problèmes sont beaucoup plus fréquents dans le milieu rural que dans le milieu urbain, et ils sont d'autant plus fréquents que le niveau d'instruction est faible. Ceci confirme le fait que les femmes sans instruction et du milieu rural sont aussi celles qui vivent dans les endroits les plus isolés.

De plus, d'autres problèmes ont été évoqués comme la méconnaissance de l'endroit pour le traitement (52 %), le souhait de ne pas vouloir aller toute seule (49 %), et le fait d'avoir à demander la permission d'aller se soigner (47 %).

Tableau 8.10 Problèmes d'accès aux soins de santé

Pourcentage de femmes non-célibataires qui ont déclaré avoir des problèmes pour accéder aux soins de santé quand elles sont malades par type de problème, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

	Problèmes pour l'accès aux soins								
Caractéristique socio-démographique	Savoir où aller	Avoir la permission d'y aller	Avoir l'argent pour le traitement	Distance au service de santé	Avoir à prendre un moyen de transport	Ne pas vouloir aller seule	Crainte que le prestataire ne soit pas une femme	N'importe lequel des problèmes mentionnés	Effectif de femmes
Âge									
15-19	63,5	73,8	81,7	71,5	68,8	73,9	44,8	92,2	363
20-29	55,3	54,4	74,9	63,7	60,2	57,6	33,5	87,8	2 687
30-39	49,4	43,8	72,6	57,9	54,4	44,8	29,5	83,0	3 361
40-49	49,3	41,2	72,9	56,4	53,9	44,4	28,2	83,6	3 313
Nombre d'enfants vivants									
0	54,9	56,4	73,9	61,0	58,9	59,5	33,1	86,8	1 143
1-2	48,0	43,4	70,1	55,3	51,6	44,3	28,2	81,8	3 573
3-4	49,9	43,6	73,1	57,6	54,6	45,1	30,9	84,2	2 817
5+	57,6	52,2	80,1	68,0	65,1	57,6	33,3	89,7	2 190
État matrimonial									
Mariée	51,8	48,5	73,3	59,8	56,8	50,2	31,1	85,0	8 782
Divorcée/séparée/veuve	49,0	33,1	76,7	56,3	52,8	40,4	26,5	83,8	942
Milieu de résidence									
Urbain	42,0	33,9	65,8	45,6	42,8	34,2	26,9	79,4	5 651
Rural	64,7	65,1	84,6	78,8	75,2	70,2	35,9	92,4	4 073
Niveau d'instruction									
Aucune instruction	59,0	56,1	82,1	69,1	66,0	59,4	35,1	90,6	6 160
Primaire	45,0	39,7	68,5	51,4	48,7	40,6	26,8	82,5	1 714
Secondaire et plus	32,8	23,4	50,4	35,0	31,4	23,8	19,6	68,0	1 850
Situation par rapport à l'emploi									
Ne travaille pas	53,8	50,4	75,9	61,9	58,8	52,3	32,2	87,1	7 932
Travail payé	33,8	22,4	57,8	39,4	35,7	24,8	19,8	70,5	1 379
Travail non payé	68,2	64,0	83,9	81,8	78,7	74,6	37,9	89,8	403
ND	*	*	*	*	*	*	*	*	10
Quintile de bien-être									
Le plus pauvre	66,3	67,9	88,7	82,4	79,0	75,0	37,7	92,8	1 837
Second	62,6	61,4	86,1	75,4	72,4	65,7	36,7	94,0	1 935
Moyen	54,0	46,3	80,1	60,5	57,1	45,5	31,0	90,2	2 035
Quatrième	45,3	35,8	69,7	48,7	46,2	36,9	27,2	82,3	1 939
Le plus riche	30,6	25,1	44,8	32,1	29,0	25,3	21,4	65,6	1 978
Ensemble	51,5	47,0	73,7	59,5	56,4	49,3	30,7	84,9	9 724

* Basé sur trop peu de cas non-pondérés

VACCINATIONS ET MALADIES DES ENFANTS 9

Dr Abdelouahab Zerrari et Dr Mhammed Braikat

Selon l'UNICEF, l'accès à la vaccination est un droit de l'enfant à la santé. Au cours de l'EPSF, des données sur la couverture vaccinale des enfants de moins de cinq contre six maladies évitables de l'enfance (la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite et la rougeole) ont été collectées. Les résultats sont présentés dans la première partie de ce chapitre. En outre, au cours de l'enquête, des questions ont été posées aux mères d'enfants de moins de cinq ans pour savoir si l'enfant avait souffert de diarrhée, de fièvre ou d'Infections Respiratoires Aiguës (IRA). Ces données ont permis d'estimer la prévalence de ces maladies parmi les enfants de moins de cinq ans au Maroc. Les résultats sont présentés dans la deuxième partie de ce chapitre.

9.1 VACCINATIONS

Les résultats sont présentés dans présentés au tableau 9.1 montrent que selon les informations tirées de la carte de vaccination, 71 % des enfants de 12-23 mois ont été complètement vaccinés. Par ailleurs, le graphique 9.1 présente les résultats sur la couverture vaccinale des enfants selon les deux sources d'information : la carte de vaccination (71 %) et les déclarations de la mère (18 %).

Tableau 9.1 Vaccinations selon les sources d'information

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu certains vaccins déterminés, quel que soit l'âge à la vaccination, et pourcentage de ceux qui ont été vaccinés avant l'âge de 12 mois, selon que l'information provienne d'un carnet de vaccination ou des déclarations de la mère, EPSF Maroc 2003-04

Source d'information	BCG	DTCoq 1	DTCoq 2	DTCoq 3	Polio[1] 1	Polio[1] 2	Polio[1] 3	Rougeole	Tous les vaccins[2]	Aucune vaccination	Effectif d'enfants
Vacciné à n'importe quel âge avant l'enquête											
Carnet de vaccination	78,3	77,5	77,0	75,6	77,6	77,1	75,6	71,6	71,0	0,0	884
Déclaration de la mère	20,1	20,1	19,8	19,3	20,2	20,0	19,7	18,8	18,1	1,4	246
Les deux sources	98,4	97,5	96,8	94,8	97,8	97,1	95,2	90,4	89,1	1,4	1,130
Vacciné avant l'âge de 12 mois[3]	97,8	97,0	95,6	93,1	97,1	95,7	93,4	84,7	83,1	1,9	1,130

[1] Polio 0 est le vaccin contre la polio donné à la naissance.
[2] BCG, rougeole, les trois doses de DTCoq et les trois doses de polio (non-compris la dose de polio donnée à la naissance).
[3] Pour les enfants dont l'information est basée sur la déclaration de la mère, la proportion de vaccinations reçues durant la première année est supposée être la même que celle observée pour les enfants ayant un carnet de vaccination.

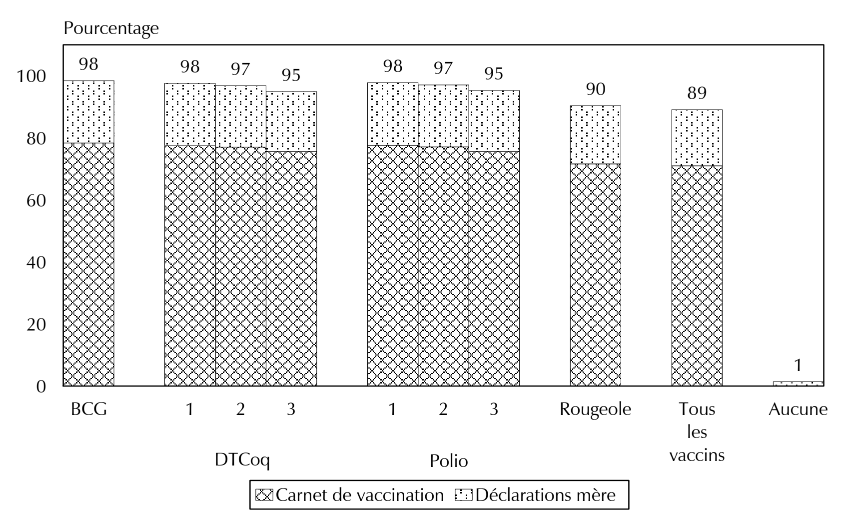
Globalement, on constate que 98 % des enfants âgés de 12-23 mois ont reçu le BCG contre la tuberculose. Ceci montre les efforts qui ont été accomplis ces dernières années. À titre comparatif, cette proportion était de 93 % d'après les résultats de l'enquête ENPS de 1992. En ce qui concerne les vaccins anti-polio et DTCoq (qui sont administrés de façon simultanée ou combinée), il ressort du tableau 9.1 que 98 % des enfants de 12-23 mois ont reçu la polio1 et le DTCoq1 avant l'âge d'un an. La proportion d'enfants vaccinés diminue légèrement avec les doses : par exemple, elle est de 97 % pour polio2/ DTCoq2 et 95 % pour polio3/DTCoq3. Le taux de déperdition[1] selon cette enquête est d'environ 3 % ; en 1997, il était de 4 %, alors qu'en 1992, il était de 14 % pour les enfants de 12-23 mois, ce qui témoigne

[1] Le taux de déperdition est calculé comme suit : (polio1-polio3) x 100/polio1.

des progrès accomplis en matière de couverture vaccinale des enfants. Quant au vaccin contre la rougeole, les résultats montrent que 90 % des enfants l'ont reçu, cela quel que soit l'âge et 85 % ont été vaccinés avant l'âge de 12 mois.

Au niveau national, et selon les deux sources de vaccination, on constate que 89 % des enfants âgés de 12-23 mois, ont été complètement vaccinés contre les six maladies de l'enfance ; à titre comparatif, en 1997, selon les résultats de l'enquête ENSME de PAPCHILD, cette proportion était de 87 %. Les résultats montrent que seulement environ 1 % des enfants âgés de 12-23 mois n'ont reçu aucun vaccin. Cette amélioration du niveau de la couverture vaccinale est le fruit de la stratégie du programme national de vaccination, en l'occurrence des journées nationales de vaccination.

***Graphique 9.1* Couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois selon le type de vaccin et la source d'information**



Le tableau 9.2 présente les pourcentages d'enfants de 12-23 mois ayant reçu les vaccinations contre les six maladies de l'enfance (selon la carte de vaccination ou la déclaration de la mère) et les pourcentages de ceux pour lesquels un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice, par caractéristiques socio-démographiques. On constate tout d'abord que dans 78 % des cas, une carte de vaccination a été montrée à l'enquêtrice. Cette proportion a augmenté de 16 points par rapport à 1997 (62 %).

Selon le milieu de résidence, les résultats montrent que le niveau de couverture vaccinale est plus élevé en milieu urbain (94 %) qu'en milieu rural (84 %). C'est dans les régions de Mekhnès-Tafilalet (95 %) et de Rabat-Salé-Zemmour-Zaër (93 %) que l'on constate les proportions les plus élevées d'enfants complètement vaccinés alors qu'à l'opposé, la région de Tadla-Azilal enregistre, de loin, la proportion la plus élevée d'enfants n'ayant reçu aucun vaccin (11 %), ce qui est inquiétant (données présentées en Annexe D).

Tableau 9.2 Vaccinations selon les caractéristiques socio-démographiques

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu certains vaccins déterminés (selon le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère) et pourcentage pour lesquels un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	BCG	DTCoq 1	DTCoq 2	DTCoq 3	Polio[1] 1	Polio[1] 2	Polio[1] 3	Rougeole	Tous les vaccins[2]	Aucune vaccina-tion	Pour-centage avec carnet de vaccination	Effectif d'enfants
Sexe												
Masculin	98,4	97,3	97,1	94,8	97,5	97,3	94,9	88,2	86,8	1,6	78,2	545
Féminin	98,4	97,7	96,4	94,9	98,0	96,9	95,5	92,3	91,2	1,2	78,3	585
Rang de naissance												
1	98,3	98,7	98,2	96,8	98,5	98,3	97,4	92,8	92,1	1,2	78,8	309
2-3	98,9	98,5	97,6	96,1	98,6	98,0	95,9	92,0	90,3	0,9	79,8	482
4-5	96,2	94,0	93,6	91,4	95,0	94,1	92,5	87,4	86,5	3,8	75,9	212
6+	100,0	96,7	95,0	91,4	97,4	95,7	92,0	83,0	81,7	0,0	75,0	127
Milieu de résidence												
Urbain	98,8	99,0	98,5	97,0	98,9	98,6	97,5	94,2	93,5	1,0	83,5	608
Rural	97,8	95,8	94,7	92,3	96,5	95,3	92,5	85,9	84,1	2,0	72,1	522
Niveau d'instruction												
Aucune instruction	98,0	96,4	95,5	93,2	96,9	95,8	93,6	87,6	86,0	1,9	78,1	681
Primaire	98,6	99,2	98,2	97,3	98,7	98,7	97,4	92,7	91,8	0,8	76,5	228
Secondaire et plus	99,4	99,2	99,2	97,6	99,4	99,2	97,9	96,3	95,9	0,6	80,5	221
Quintile de bien-être												
Le plus pauvre	96,8	93,5	91,8	89,0	94,7	92,5	88,7	83,1	80,7	2,8	68,6	238
Second	97,8	97,0	96,4	94,6	97,3	97,1	95,8	86,9	85,4	2,2	74,7	271
Moyen	99,6	99,3	98,7	96,7	98,8	98,2	96,2	91,3	90,6	0,4	84,0	239
Quatrième	99,3	99,3	99,3	96,9	99,3	99,3	97,7	95,9	94,8	0,7	82,6	189
Le plus riche	98,5	99,1	98,3	98,2	99,3	99,1	98,9	97,6	97,4	0,7	83,7	192
Ensemble	98,4	97,5	96,8	94,8	97,8	97,1	95,2	90,4	89,1	1,4	78,3	1 130

[1] Polio 0 est le vaccin contre la polio donné à la naissance.
[2] BCG, rougeole, les trois doses de DTCoq et les trois doses de polio (non-compris la dose de polio donnée à la naissance).

Selon le niveau d'instruction, on constate que la couverture vaccinale contre les six maladies de l'enfance varie d'un minimum de 86 % pour les enfants dont la mère n'a aucune instruction à 92 % pour ceux dont la mère a un niveau primaire et à un maximum de 96 % pour ceux dont la mère a le niveau secondaire ou plus. Selon le sexe de l'enfant, on note que le léger écart constaté n'est pas statistiquement significatif (87 % pour les garçons contre 91 % pour les filles.

Au cours de l'enquête, les données sur la vaccination ont été collectées pour les enfants de moins de cinq ans. Il a donc été possible d'évaluer rétrospectivement les tendances de la couverture vaccinale avant l'âge de douze mois pour les quatre années ayant précédé l'enquête, soit 1998-2003, à partir des données concernant les enfants de 12-23, 24-35, 36-47 et 48-59 mois. On constate que le taux de couverture vaccinale a subi très peu de variation au cours de cette période (tableau 9.3).

Tableau 9.3 Vaccinations au cours de la première année (Tableau de travail)

Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans au moment de l'enquête ayant reçu certains vaccins déterminés avant l'âge de 12 mois, et pourcentage de ceux pour lesquels un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice, selon l'âge actuel de l'enfant, EPSF Maroc 2003-04

Âge actuel	BCG	DTCoq			Polio[1]			Rougeole	Tous les vaccins[2]	Aucune vaccination	Pourcentage avec carnet de vaccination montré	Effectif d'enfants
		1	2	3	1	2	3					
12-23	97,8	97,0	95,6	93,1	97,1	95,7	93,4	84,7	83,1	1,9	78,3	1 130
24-35	96,5	95,2	93,6	90,9	96,2	93,6	90,8	82,7	80,1	3,0	59,5	1 124
36-47	96,0	95,5	94,2	92,2	95,9	94,3	92,1	84,6	82,4	3,4	52,1	1 247
48-59	97,1	96,3	95,2	92,5	96,6	94,9	92,3	86,3	84,2	2,8	44,2	1 176
Ensemble	96,8	96,0	94,6	92,2	96,4	94,6	92,1	84,7	82,5	2,8	58,2	4 677

Note: L'information a été obtenue du carnet de vaccination ou, s'il n' y a pas de carnet, provient de la déclaration de la mère. Pour les enfants dont l'information est basée sur la déclaration de la mère, la proportion de vaccinations reçues durant la première année est supposée être la même que celle observée pour les enfants avec un carnet de vaccination.
[1] Polio 0 est le vaccin contre la polio donné à la naissance.
[2] BCG, rougeole, les trois doses de DTCoq et les trois doses de polio (non-compris la dose de polio donnée à la naissance).

9.2 MALADIES DES ENFANTS

Prévalence et Traitement des Infections Respiratoires Aiguës (IRA)

Pour mesurer la prévalence des IRA et de la fièvre et pour connaître les traitements administrés aux enfants malades, on a demandé aux mères si leurs enfants avaient souffert de toux accompagnée d'une respiration courte et rapide au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête et s'ils avaient eu de la fièvre au cours de cette même période. Les résultats sont présentés au tableau 9.4.

Il ressort de ce tableau que selon les déclarations des mères, 12 % des enfants de moins de cinq ans ont souffert de toux avec respiration courte et rapide au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête ; selon le milieu de résidence, les résultats ne font pas apparaître d'écarts significatifs 11 % en urbain contre 12 % en rural.

Les résultats ne font pas non plus apparaître de relation significative selon le sexe et le niveau d'instruction de la mère. Par contre, la prévalence des IRA varie de manière importante selon le groupe d'âges de l'enfant. En effet, la présence de symptômes d'IRA est plus faible chez les enfants âgés de moins de six mois (9 %), et chez ceux de 48-59 mois (9 %) ; c'est entre 6 et 23 mois que la prévalence des IRA est la plus élevée : 15 % à 6-11 mois et 17 % à 12-23 mois. Selon la région, la prévalence des IRA varie d'un minimum de 6 % dans la région de Souss-Massa-Draa à un maximum de 18 % dans celle de l'Oriental (données présentées en Annexe D).

En ce qui concerne la fièvre, on constate que la prévalence est estimée à 27 %. Ici aussi, l'écart entre les milieux de résidence est très faible : 28 % en urbain contre 26 % en rural. Les données selon le groupe d'âges montrent que comme pour les IRA, ce sont les enfants de 6-23 mois qui sont les plus touchés (32 % à 6-11 mois et 35 % à 12-23 mois).

Tableau 9.4 Prévalence et traitement des infections respiratoires aiguës (IRA) et de la fièvre

Parmi les enfants de moins de cinq ans, pourcentage de ceux qui ont souffert de la toux avec une respiration courte et rapide (symptômes d'IRA), pourcentage de ceux qui ont eu de la fièvre au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête et pourcentage de ceux ayant des symptômes d'IRA et/ou de la fièvre pour lesquels on a recherché un traitement auprès d'un établissement sanitaire ou d'un prestataire de santé, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage d'enfants avec des symptômes d'IRA	Pourcentage d'enfants avec fièvre	Effectif d'enfants	Pourcentage traités dans un établissement sanitaire ou par agent de santé[1]	Effectif d'enfants
Âge des enfants en mois					
<6	8,7	14,9	545	29,6	101
6-11	14,7	31,9	572	40,4	206
12-23	16,6	34,5	1 130	39,3	437
24-35	10,1	27,3	1 124	29,8	335
36-47	10,8	26,2	1 247	31,8	364
48-59	9,1	23,9	1 176	33,4	306
Sexe					
Masculin	12,1	26,8	2 887	36,0	861
Féminin	11,1	27,3	2 907	33,0	887
Milieu de résidence					
Urbain	11,3	28,0	2 962	43,3	929
Rural	12,0	26,0	2 831	24,5	820
Niveau d'instruction					
Aucune instruction	12,3	27,1	3 590	30,1	1 076
Primaire	10,9	28,0	1 050	38,7	336
Secondaire et plus	10,4	25,8	1 153	44,1	336
Quintile de bien-être					
Le plus pauvre	11,8	24,3	1 345	18,0	370
Second	12,3	27,7	1 312	33,7	402
Moyen	12,4	30,0	1 185	31,9	384
Quatrième	10,8	28,8	976	43,6	310
Le plus riche	10,4	24,5	976	50,7	282
Ensemble	11,6	27,0	5 794	34,5	1 749

IRA = Infection respiratoire aiguë
[1] Non compris les pharmacies, les boutiques et les guérisseurs traditionnels.

Parmi ces enfants ayant eu de la fièvre ou ayant eu des symptômes d'IRA, on constate que 35 % ont été traités dans un service de santé ou qu'ils ont vu un agent de santé. Selon le sexe, les résultats laissent apparaître un très léger écart, les garçons ayant été soignés un peu plus fréquemment que les filles dans un centre de santé (36 % contre 33 %). Les résultats montrent de façon très nette que ce sont les enfants dont la mère est instruite et ceux qui vivent en milieu urbain qui ont le plus fréquemment été traités dans un centre de santé : 39 % de ceux dont la mère a un niveau primaire et 44 % de ceux dont la mère a un niveau secondaire ou plus ont reçu un traitement contre seulement 30 % de ceux dont la mère n'a aucune instruction. Selon le milieu de résidence, on note que 43 % des enfants urbains ont été traités contre seulement 25 % en rural.

En fonction du groupe d'âges, on constate que ce sont ceux de 6-23 mois, c'est-à-dire ceux qui sont les plus touchés par la fièvre et les IRA qui ont été les plus fréquemment traités dans un centre de santé: 40 % pour les 6-11 mois et 39 % pour les 12-23 mois contre un minimum de 30 % à moins de 6 mois.

Dans les régions, les proportions d'enfants traités pour la fièvre ou les IRA varient d'un minimum de 20 % dans la région du Gharb-Chrarda-Bni Hssen à un maximum de 51 % dans celle de Fès-Boulmane (données présentés en Annexe D).

Diarrhée

Les maladies diarrhéiques constituent l'une des causes principales de mortalité et de morbidité chez les enfants de moins de cinq ans. Le tableau 9.5 présente le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée durant les deux semaines ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-démographiques.

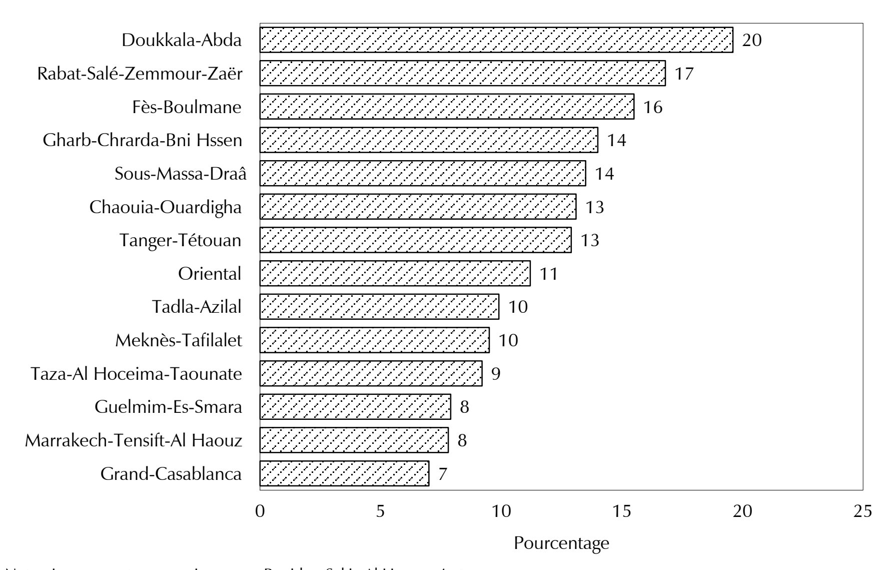
Tableau 9.5 Prévalence de la diarrhée

Parmi les enfants de moins de cinq ans, pourcentage de ceux qui ont eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	Diarrhée au cours des deux semaines avant l'enquête	Effectif d'enfants
Âge des enfants en mois		
<6	10,4	545
6-11	18,7	572
12-23	18,5	1 130
24-35	14,1	1 124
36-47	7,7	1 247
48-59	5,7	1 176
Sexe		
Masculin	11,4	2 887
Féminin	12,6	2 907
Milieu de résidence		
Urbain	11,5	2 962
Rural	12,4	2 831
Niveau d'instruction de la mère		
Aucune instruction	11,7	3 590
Primaire	12,5	1 050
Secondaire et plus	12,3	1 153
Source d'eau potable		
Robinet	11,2	3 616
Puits protégé	15,3	442
Puits non protégé	14,3	858
Marigot	12,3	684
Autre/ND	8,3	194
Quintile de bien-être		
Le plus pauvre	12,6	1 345
Second	12,5	1 312
Moyen	13,4	1 185
Quatrième	10,0	976
Le plus riche	10,6	976
Ensemble	12,0	5 794

Sur l'ensemble des enfants enquêtés âgés de moins de cinq ans, 12 % ont eu la diarrhée pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête. La prévalence de la diarrhée varie de façon importante selon le groupe d'âges : de 10 % chez les enfants de moins de 6 mois, elle passe à un maximum de 19 % chez ceux de 6-11 mois et 12-23 mois ; à 24-35 mois, elle diminue et se situe à 14 %. Au-delà de ces âges, elle continue de diminuer et la diarrhée ne touche plus que 8 % des enfants de 36-47 mois et 6 % de ceux de 48-59 mois. Les jeunes nourrissons de moins de 6 mois semblent donc être ceux qui sont les moins touchés par les maladies diarrhéiques du fait qu'ils bénéficient encore des effets protecteurs du lait maternel. Selon le sexe de l'enfant, on ne constate pas d'écart important (11 % pour les garçons contre 13 % pour les filles). Il en est de même selon le milieu de résidence (environ 12 % dans les deux cas). Par contre, les résultats selon les régions présentés au graphique 9.2 mettent en évidence des écarts importants : les enfants ayant été les plus touchés par la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, sont ceux des régions de Doukkala-Abda (20 %), Rabat-Salé-Zemmour-Zaër (17 %) et de Fès-Boulmane (16 %). À l'opposé, c'est la région du Grand Casablanca qui enregistre la prévalence de la diarrhée la plus faible (7 %). La fréquence de la maladie ne varie pas significativement selon le niveau d'instruction de la mère, la source d'eau potable ou le quintile de bien-être. À titre d'exemple, les enfants dont la mère est sans instruction sont aussi touchés (12 %) que les enfants dont la mère a le niveau primaire (13 %), ou que ceux dont la mère a un niveau secondaire ou plus (12 %).

Graphique 9.2 Prévalence de la diarrhée selon la région



Note : Le pourcentage pour Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra n'est pas indiqué en raison du faible effectif

EPSF Maroc 2003-04

Connaissance des sachets de SRO

Le tableau 9.6 présente les proportions de mères qui connaissent les sachets de SRO pour le traitement de la diarrhée, selon certaines caractéristiques socio-démographiques. La quasi-totalité des femmes (95 %) qui ont eu une naissance au cours des cinq dernières années ayant précédé l'enquête, connaissent les sels de réhydratation pour la prévention de la déshydratation secondaire à la diarrhée. Ce pourcentage varie peu selon les caractéristiques sociodémographiques de la femme, à savoir : l'âge, le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être. Comme il fallait s'y attendre, il est légèrement plus élevé chez les femmes urbanisées, instruites et appartenant aux couches sociales aisées.

Tableau 9.6 Connaissance des sachets de SRO

Pourcentage de mères ayant eu des naissances au cours des cinq années ayant précédé l'enquête qui connaissent les sachets de SRO pour le traitement de la diarrhée, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage de mères connaissant les sachets de SRO	Effectif de mères
Âge		
15-19	85,5	142
20-24	91,9	839
25-29	94,5	1 153
30-34	95,8	1 105
35-49	96,8	1 455
Milieu de résidence		
Urbain	97,3	2 517
Rural	91,9	2 177
Niveau d'instruction		
Aucune instruction	93,1	2 837
Primaire	96,4	868
Secondaire ou plus	98,1	989
Quintile de bien-être		
Le plus pauvre	89,1	1 022
Second	94,6	1 012
Moyen	96,4	981
Quatrième	96,7	830
Le plus riche	98,0	849
Ensemble	94,8	4 695

SRO = Sels de Réhydratation Orale

Traitement de la diarrhée

La déshydratation, complication majeure de la diarrhée, est une des causes de mortalité des enfants souffrant de diarrhée. La thérapie par réhydratation orale (TRO) est recommandée pour la prévention ou le traitement de la déshydratation ; la TRO est constituée essentiellement d'une solution préparée à partir de sels de réhydratation orale (SRO) vendus en commerce.

Le tableau 9.7 présente d'une part la répartition des enfants âgés de moins de 5 ans qui ont eu la diarrhée durant les deux semaines avant l'enquête et qui ont été menés en consultation dans un établissement sanitaire ou auprès de personnel de santé, et d'autre part le pourcentage de ceux qui ont suivi une thérapie de réhydratation par voie orale (TRO), et de ceux qui ont reçu d'autres traitements, selon certaines caractéristiques socio-démographiques.

Tableau 9.7 Traitement de la diarrhée

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête pour lesquels on a recherché un traitement auprès d'établissement sanitaire ou d'un prestataire de santé, pourcentage de ceux qui ont suivi une thérapie de réhydratation par voie orale (TRO) et pourcentage à qui on a donné d'autres traitements, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

		Thérapie de réhydratation orale (TRO)					Autres traitements				
Caractéristique socio-démographique	Pourcentage amenés à un établissement sanitaire[1]	Sachets de SRO	Solution maison	SRO ou solution maison	Apport en liquides augmenté	SRO, solution maison, ou apport en liquides augmenté	Comprimés ou sirop	Injection	Remède maison/ autre	Aucun traite-ment	Effectif d'enfants
Âge des enfants en mois											
<6	26,6	17,0	9,4	25,1	9,1	30,6	21,8	0,0	12,8	55,1	57
6-11	32,8	25,5	6,8	31,1	32,2	49,6	21,7	0,0	15,7	34,7	107
12-23	20,9	26,9	5,9	30,5	47,7	57,3	29,3	0,0	12,1	29,8	209
24-35	18,8	22,9	6,4	27,3	49,2	57,9	23,1	0,6	15,5	29,5	159
36-47	18,9	17,3	7,2	23,4	42,2	53,7	17,4	0,0	18,3	38,2	96
48-59	17,8	18,8	8,9	26,1	52,0	61,8	28,4	0,0	14,1	29,5	67
Sexe											
Masculin	22,4	23,8	6,6	28,3	38,1	51,4	22,9	0,0	16,6	36,5	328
Féminin	21,9	22,1	7,2	27,8	45,8	56,3	25,6	0,3	12,7	31,1	365
Milieu de résidence											
Urbain	26,9	27,7	9,0	34,2	48,4	60,6	34,5	0,0	15,0	26,5	341
Rural	17,5	18,2	4,9	22,1	36,1	47,6	14,5	0,3	14,1	40,7	352
Niveau d'instruction de la mère											
Aucune instruction	19,6	22,0	6,0	26,8	41,8	53,4	18,1	0,2	13,8	37,4	421
Primaire	23,3	22,3	6,4	27,0	34,6	50,3	31,4	0,0	13,7	32,7	131
Secondaire ou plus	28,6	26,1	10,0	32,7	50,4	59,1	36,3	0,0	17,4	23,4	142
Quintile de bien-être											
Le plus pauvre	14,5	18,2	3,7	21,4	33,6	43,1	10,7	0,0	9,9	45,6	170
Second	19,6	18,4	5,3	22,4	43,8	55,2	17,2	0,6	15,9	33,6	165
Moyen	25,6	30,4	6,0	34,8	42,3	59,1	25,5	0,0	13,2	34,0	159
Quatrième	28,3	24,1	10,4	32,4	50,9	59,4	36,6	0,0	22,2	28,1	97
Le plus riche	27,4	24,9	12,9	33,2	45,2	57,1	44,9	0,0	14,8	19,0	103
Ensemble	22,1	22,9	6,9	28,0	42,2	54,0	24,4	0,1	14,5	33,7	693

Note: La TRO comprend la solution préparée à partir des sels de réhydratation orale (SRO), les solutions maison recommandées (SMR), ou l'augmentation de la quantité de liquides.
[1] Non compris les pharmacies, les boutiques et les guérisseurs traditionnels.

Pratiquement un enfant sur cinq (22 %) atteint de diarrhée a été mené en consultation dans un centre de santé ou auprès de personnel de santé. En ce qui concerne le sexe, on ne note pas de différence significative entre garçons et filles (environ 22 % dans les deux cas). Par contre, on constate un écart important entre les milieux de résidence : les enfants vivant en milieu urbain sont plus fréquemment

menés en consultation quand ils ont la diarrhée que ceux du milieu rural (27 % contre 18 %). Selon la région, les différences sont également importantes : en effet, avec 36 %, c'est la région de Souss Massa Draa qui enregistre la proportion la plus élevée d'enfants menés en consultation pour diarrhée, suivie de celle de Fès-Boulmane (34 %). À l'opposé, seulement 6 % des enfants de la région de Gharb-Chrarda-Bni Hssen et 10 % de ceux de la région de Doukala-Abda (10 %) sont allés en consultation après avoir eu la diarrhée (données présentées en Annexe D). Les résultats selon le niveau d'instruction de la mère font apparaître des disparités importantes ; en effet, 29 % des enfants dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus ont été menés en consultation dans un centre de santé contre 23 % de ceux dont la mère a un niveau d'instruction primaire et contre seulement 20 % quand la mère n'a aucune instruction.

En outre, parmi les enfants qui ont eu la diarrhée durant les deux dernières semaines, 23 % ont reçu un sachet de réhydratation orale (SRO). Par ailleurs, 28 % ont reçu, soit une SRO, soit une solution maison. La proportion d'enfants diarrhéiques ayant reçu une solution maison est de 7 %. D'après ces résultats, nous constatons que plus de la moitié des enfants diarrhéiques (54 %) ont été traités à l'aide d'une thérapie de réhydratation orale par SRO, ou solution maison ou augmentation des liquides. On note également que certains enfants diarrhéiques ont bénéficié d'autres traitements sous forme de comprimés ou sirop (24 %) ; très peu ont reçu une injection (moins de 1 %) et dans 15 % des cas, les enfants ont été soignés à l'aide de remèdes maison et /ou d'autres traitements.

On peut noter des différences significatives d'utilisation de traitement de la diarrhée en fonction de l'âge de l'enfant, du sexe, de la région et du niveau d'instruction de la mère. Par exemple selon le milieu de résidence, on constate que les enfants citadins ont plus fréquemment bénéficié des SRO (28 %) que ceux vivant en milieu rural (18 %). Les mères ayant un niveau primaire et secondaire ont plus fréquemment recours à la solution SRO pour réhydrater leurs enfants que celles qui n'ont aucune instruction.

Parmi l'ensemble des enfants qui ont eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, on note que plus d'un enfant diarrhéique sur trois (34 %) n'a reçu aucun traitement. Selon les caractéristiques socio démographiques, les résultats montrent que les garçons ont été proportionnellement plus nombreux que les filles à ne pas avoir reçu de traitement (37 % contre 31 %). Il en est de même des enfants du milieu rural par rapport à ceux du milieu urbain (41 % contre 27 %). Par région, on constate que c'est la région de Gharb-Chrarda-Bni Hssen qui enregistre la proportion la plus élevée d'enfants n'ayant reçu aucun traitement pour la diarrhée (51 %) (données présentées en Annexe D).

Alimentation pendant la diarrhée

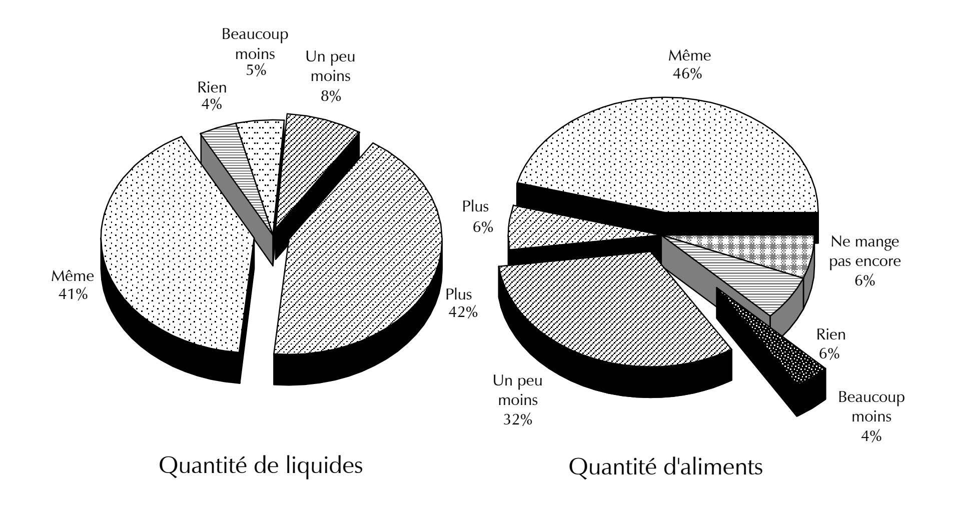
Au cours des épisodes diarrhéiques, il est recommande de donner plus de liquides et d'aliments à 1'enfant. Au tableau 9.8 et au graphique 9.3, on constate que 42 % des enfants ayant eu la diarrhée ont reçu plus de liquides que d'habitude lorsqu'ils étaient malades, 41 % ont reçu la même quantité et en revanche, 13 % en ont reçu moins ou beaucoup moins, et dans 4 % des cas, la nourriture a même été stoppée. En ce qui concerne les aliments, on constate que dans 6 % des cas, les rations alimentaires ont été augmentées, dans 46 %, elles n'ont pas changé et pour 32 % des enfants, elles ont été diminuées, et dans 4 % des cas, l'alimentation a même été très réduite, voire complètement stoppée (6 %). Ces résultats indiquent qu'une forte proportion de femmes ne respectent pas les principes de base en matière de nutrition des enfants durant les épisodes diarrhéiques et qu'elles leur font donc courir des risques accrus de maladie.

Tableau 9.8 Alimentation pendant la diarrhée

Répartition (en %) des enfants de moins de cinq ans qui ont eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, selon les quantités de liquides et d'aliments données comparées aux rations habituelles, EPSF Maroc 2003-04

Alimentation des enfants pendant la diarrhée	Pourcentage
Quantité de liquide donnée	
Comme d'habitude	40,6
Plus que d'habitude	42,2
Un peu moins	8,0
Beaucoup moins	4,9
Rien	4,0
NSP/ND	0,3
Total	100,0
Quantité de nourriture donnée	
Comme d'habitude	45,8
Plus que d'habitude	6,0
Un peu moins	31,7
Beaucoup moins	3,8
Rien	6,4
Ne mange pas encore	6,0
NSP/ND	0,3
Total	100,0
Effectif d'enfants	693

Graphique 9.3 Quantité de liquides et d'aliments donnés aux enfants de moins de cinq ans pendant la diarrhée



EPSF Maroc 2003-04

9.3 ÉLIMINATION DES SELLES DES ENFANTS

Le tableau 9.9 présente la répartition des mères d'enfants de moins de cinq ans en fonction des moyens d'évacuation des selles des enfants par caractéristiques socio-démographiques. Tout d'abord, on constate que dans 40 % des cas, les enfants utilisent toujours les toilettes ou les latrines ; cette proportion est de 45 % en urbain contre 34 % au rural. Par ailleurs, 51 % de mères utilisent des couches, essentiellement des couches lavables (36 %). L'utilisation de couches jetables est plus répandue parmi les femmes du milieu urbain (25 %) et celles de niveau secondaire (37 %) et parmi celles des ménages les plus riches (42 %).

Il faut cependant noter que 6 % des mères jettent directement les selles des enfants à l'air libre, soit dans la cour ou en dehors de la cour, avec 13 % en rural contre 0,2 % en urbain.

Tableau 9.9 Évacuation des selles des enfants

Répartition (en %) des mères dont l'enfant le plus jeune de moins de cinq ans vit avec elle par moyens d'évacuation des selles des enfants, selon certaines caractéristiques socio-démographiques et selon le type de toilettes disponibles dans le ménage, EPSF Maroc 2003-04

	Évacuation des selles des jeunes enfants			Non évacuation des selles de jeunes enfants				Utilise des couches					
Caractéristique socio-démographique	Enfant utilise toujours toilettes/ latrines	Jette dans les toilettes/ latrines	Enterre dans la cour	Jette dans la cour	Jette en dehors de la cour	Lave avec de l'eau pour s'en débarrasser	Non jeté	Jetables	Lavables	Autre	ND	Total	Effectif de mères
Milieu de résidence													
Urbain	45,1	2,0	0,0	0,2	0,0	0,6	0,0	24,8	27,2	0,0	0,1	100,0	2 462
Rural	33,7	1,7	0,5	10,5	2,0	1,7	0,4	3,1	45,9	0,2	0,3	100,0	2 122
Niveau d'instruction													
Aucune instruction	38,4	1,8	0,3	7,5	1,4	1,4	0,3	5,8	42,7	0,1	0,3	100,0	2 762
Primaire	39,3	2,2	0,1	2,1	0,3	0,8	0,2	19,1	35,9	0,0	0,0	100,0	851
Secondaire ou plus	44,4	1,6	0,0	0,3	0,1	0,5	0,0	36,5	16,5	0,0	0,0	100,0	971
Type de toilettes													
Pas de toilettes	21,0	0,8	0,9	22,3	4,1	1,0	1,1	0,6	47,3	0,4	0,5	100,0	878
Fosse/latrines	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	16
Latrines améliorées	43,9	3,5	0,0	0,0	1,8	0,0	0,0	1,7	48,1	0,0	1,0	100,0	95
Chasse d'eau	44,3	2,0	0,0	0,9	0,1	1,1	0,0	18,7	32,7	0,0	0,1	100,0	3 588
Autre/ND	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	8
Quintile de bien-être													
Le plus pauvre	28,0	1,1	0,8	16,8	2,8	1,7	0,8	1,1	46,0	0,3	0,6	100,0	996
Second	38,6	2,0	0,2	5,2	1,5	1,1	0,2	3,0	48,2	0,0	0,1	100,0	989
Moyen	42,9	2,1	0,0	0,8	0,0	1,2	0,0	10,4	42,5	0,0	0,0	100,0	952
Quatrième	47,1	1,9	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	22,7	26,8	0,0	0,2	100,0	816
Le plus riche	44,8	2,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	42,4	10,5	0,0	0,0	100,0	830
Ensemble	39,8	1,8	0,2	5,0	0,9	1,1	0,2	14,8	35,9	0,1	0,2	100,0	4 584

* Basé sur trop peu de cas non-pondérés

ALLAITEMENT ET ÉTAT NUTRITIONNEL 10

Dr El Arbi Rjimati et Dr Hamid Chekli

Ce chapitre est consacré à l'analyse des données collectées sur les pratiques alimentaires des enfants. Ces résultats concernent non seulement le moment auquel l'enfant a commencé à être allaité mais aussi la qualité et la quantité des aliments donnés à l'enfant et les étapes de l'introduction des aliments de complément. En outre, ce chapitre présente les proportions d'enfants et de femmes ayant reçu des suppléments en vitamine A et les proportions de femmes ayant reçu des compléments de fer au cours de la grossesse. Enfin, ce chapitre présente l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans et des femmes de 15-49 ans.

10.1 ALLAITEMENT MATERNEL ET ALIMENTATION DE COMPLÉMENT

Compte tenu de l'importance des pratiques d'allaitement, on a demandé aux mères si elles avaient allaité leurs enfants nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête et, plus précisément, à quel moment elles ont commencé à les allaiter, pendant combien de temps elles les ont allaités, quelle était la fréquence de l'allaitement, à quel âge ont été introduits des aliments de complément et enfin de quel type d'aliments il s'agissait. On a également demandé aux mères si elles avaient utilisé un biberon.

Les données de l'enquête montrent que la pratique de l'allaitement maternel est quasi générale au Maroc puisque 95 % des enfants nés durant les cinq dernières années ont été allaités (tableau 10.1). Quelles que soient les caractéristiques socio-démographiques, les proportions sont élevées. On peut néanmoins souligner que les proportions d'enfants allaités varient légèrement en fonction de l'assistance et du lieu d'accouchement : en effet, c'est parmi les enfants dont la mère a accouché avec l'assistance de personnel de santé et parmi ceux dont la mère a accouché dans un centre de santé que l'on observe les proportions les plus faibles d'enfants allaités (94 % dans les deux cas).

Début de l'allaitement

Le tableau 10.1 présente également les résultats concernant le moment auquel a débuté l'allaitement. La quasi-totalité des enfants ont été allaités durant le jour qui a suivi leur naissance (89 %). Par contre, pour seulement un peu plus de la moitié des enfants (52 %), l'allaitement a débuté dans l'heure qui a suivi la naissance. Les enfants du milieu rural (58 %), ceux dont la mère n'a aucune instruction (56 %), ceux dont la mère a accouché avec l'assistance d'une accoucheuse traditionnelle (64 %) et ceux dont la naissance a eu lieu à domicile (66 %) sont ceux qui ont le plus fréquemment bénéficié d'un allaitement précoce.

Par ailleurs, les résultats montrent que pratiquement les deux tiers des enfants ont reçu des aliments avant d'être allaités (65 %). Cette pratique semble plus répandue en milieu urbain qu'en milieu rural (69 % contre 60 %), parmi les enfants de femmes instruites (72 % contre 61 % parmi ceux dont la mère est sans instruction), parmi ceux dont la naissance s'est déroulée dans un centre de santé (67 %) et parmi ceux dont la naissance a été assistée par un professionnel de la santé (68 %). De même, il est plus fréquent de donner des aliments avant l'allaitement aux enfants vivant dans les ménages les plus riches (74 % contre 55 % dans les plus pauvres).

Tableau 10.1 Allaitement initial

Pourcentage d'enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête qui ont été allaités, pourcentage de ceux qui ont commencé à être allaités dans l'heure qui a suivi la naissance, pourcentage de ceux qui ont commencé à être allaités le jour de la naissance et pourcentage de ceux ayant reçu des aliments avant d'être allaités, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage allaité au sein	Effectif d'enfants	Pourcentage allaité dans l'heure ayant suivi la naissance	Pourcentage allaité dans les 24 heures ayant suivi la naissance[1]	Pourcentage ayant reçu des aliments avant le début de l'allaitement[2]	Effectif d'enfants allaités
Sexe						
Masculin	94,5	3 036	52,5	89,0	65,1	2 869
Féminin	95,6	3 006	51,5	89,2	64,5	2 875
Résidence						
Urbain	93,6	3 051	45,6	86,5	69,4	2 857
Rural	96,5	2 991	58,4	91,6	60,3	2 887
Niveau d'instruction de la mère						
Aucune instruction	95,5	3 783	55,6	91,6	61,3	3 612
Primaire	94,0	1 086	51,5	90,5	69,6	1 020
Secondaire ou plus	94,7	1 174	41,0	79,8	71,8	1 111
Assistance à l'accouchement						
Professionnel de la santé[3]	93,7	3 784	43,6	86,7	67,6	3 544
Accoucheuse traditionnelle	97,3	1 246	64,3	93,2	60,9	1 212
Autre	97,5	929	68,5	94,4	61,1	906
Personne	97,1	57	66,3	95,6	51,2	55
ND	(97,2)	26	(16,7)	(28,8)	(19,7)	26
Lieu d'accouchement						
Centre de santé	93,7	3 675	43,1	86,6	67,2	3 442
À domicile	97,2	2 328	66,1	93,5	61,9	2 263
Autre	*	*	*	*	*	18
ND	*	*	*	*	*	21
Quintile de bien-être						
Le plus pauvre	96,8	1 427	56,0	91,9	55,2	1 381
Second	95,9	1 384	56,8	91,7	63,1	1 327
Moyen	94,4	1 232	53,5	89,7	68,6	1 163
Quatrième	93,8	1 001	48,3	87,8	67,7	939
Le plus riche	93,6	999	41,3	81,8	73,9	934
Ensemble	95,1	6 043	52,0	89,1	64,8	5 744

Note: Le tableau est basé sur tous les enfants nés dans les cinq ans ayant précédé l'enquête, qu'ils soient vivants ou décédés au moment de l'enquête.
[1] Y compris les enfants allaités dans l'heure qui a suivi la naissance.
[2] Les enfants ayant reçu quelque chose d'autre que le lait maternel au cours des premiers trois jours avant que la mère ne commence à allaiter de manière régulière.
[3] Médecin infirmière/sage-femme.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non-pondérés
* Basé sur trop peu de cas non-pondérés.

Type d'allaitement

L'allaitement exclusif correspond à la consommation exclusive de lait maternel, et selon les recommandations de l'UNICEF et de l'OMS, tous les enfants devraient être exclusivement allaités jusqu'à six mois. Par contre, à partir de cet âge, l'allaitement au sein doit être complété par l'introduction d'autres aliments appropriés pour satisfaire les besoins de l'enfant. L'introduction trop précoce d'aliments de complément n'est pas recommandée car elle expose les enfants aux agents pathogènes et augmente ainsi leur risque de contracter des maladies, en particulier la diarrhée. De plus, elle diminue la prise de lait par l'enfant, et donc la succion, ce qui réduit la production de lait. Enfin, dans les populations économiquement pauvres, les aliments de complément sont souvent pauvres du point de vue nutritionnel.

Les informations sur l'alimentation de complément ont été obtenues en demandant à la mère si son enfant était allaité et quel type d'aliments (solides ou liquides) il avait reçu au cours des dernières 24 heures. Bien que les questions sur l'allaitement aient été posées pour tous les enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, celles sur les compléments nutritionnels n'ont été posées qu'à propos des enfants derniers-nés. De plus, les résultats ne sont présentés que pour les enfants de moins de trois ans, dans la mesure où pratiquement tous les enfants sont sevrés au-delà de cet âge.

L'introduction trop précoce d'aliments de complément dans l'alimentation n'est pas recommandée car elle expose l'enfant aux agents pathogènes et augmente ses risques de contracter des maladies infectieuses. Les résultats présentés au tableau 10.2 et au graphique 10.1 montrent qu'au Maroc seulement près d'un tiers des enfants de moins six mois ont été exclusivement allaités (31 %). À l'opposé, dans ce groupe d'âges, 12 % n'ont pas été allaités et 18 % ont déjà reçu des aliments de complément.

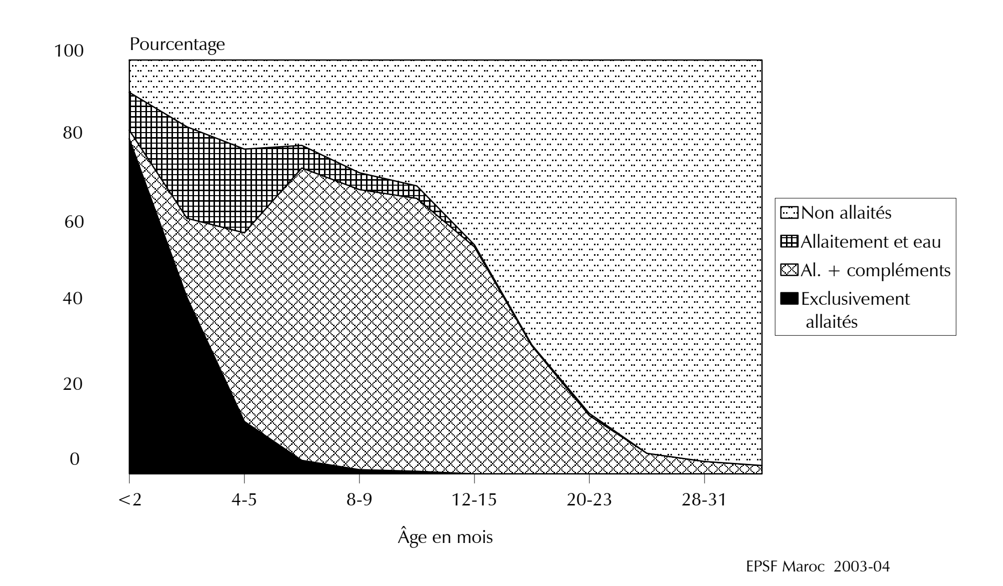
Tableau 10.2 Type d'allaitement selon l'âge de l'enfant

Répartition (en %) des enfants derniers-nés de moins de 3 ans vivant avec leur mère par type d'allaitement, et pourcentage d'enfants de moins de trois ans utilisant le biberon, selon l'âge de l'enfant en mois, EPSF Maroc 2003-04

		Allaitement au sein et alimentation :								
Âge en mois	Pas allaité au sein	Exclusivement allaité au sein	Eau seulement	Liquides à base d'eau jus	Autre lait	Aliments de complément	Total	Effectif d'enfants	Pourcentage utilisant le biberon	Effectif d'enfants
<2	6,1	62,0	7,4	1,5	21,4	1,6	100,0	151	31,8	154
2-3	11,3	28,5	15,4	2,4	29,6	12,9	100,0	190	47,7	191
4-5	16,8	9,9	15,7	0,5	21,7	35,5	100,0	199	54,0	200
6-7	19,4	2,5	5,3	0,8	7,2	64,8	100,0	213	49,1	217
8-9	26,6	0,9	3,8	0,5	1,8	66,5	100,0	189	44,8	195
10-11	30,0	0,6	2,9	0,5	1,6	64,5	100,0	157	46,2	160
12-15	43,5	0,0	0,5	1,0	0,9	54,1	100,0	373	39,8	381
16-19	68,9	0,0	0,2	0,0	0,0	30,9	100,0	383	34,8	404
20-23	85,3	0,0	0,5	0,0	0,6	13,6	100,0	316	24,8	344
24-27	95,5	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5	100,0	378	13,7	443
28-31	96,6	0,0	0,0	0,0	0,0	3,4	100,0	284	10,0	336
32-35	97,9	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	100,0	269	7,7	345
<6	11,9	31,0	13,3	1,4	24,4	18,1	100,0	540	45,5	545
6-9	22,8	1,7	4,6	0,6	4,7	65,6	100,0	401	47,1	412

Note: Le statut de l'allaitement fait référence à la période des dernières 24 heures (hier et la nuit dernière), Les enfants classés dans la catégorie "allaitement et eau seulement" ne reçoivent aucun complément, Les catégories "non allaités", "allaités exclusivement", "allaités et eau seulement", "liquides à base d'eau/jus", "autre lait", et "aliments de complément" (solides et semi solides) sont hiérarchiquement et mutuellement exclusives et la somme des pourcentages atteint 100 %. Ainsi, les enfants allaités qui reçoivent des liquides à base d'eau et qui ne reçoivent pas d'aliments de complément sont classés dans la catégorie "liquides à base d'eau" même s'ils reçoivent également de l'eau. Tout enfant qui reçoit des aliments de complément est classé dans cette catégorie tant qu'il est toujours allaité.
[1] Basé sur tous les enfants de moins de trois ans.

Graphique 10.1 Pratique d'allaitement des enfants de moins de 3 ans



L'utilisation de biberon n'est pas recommandée chez les jeunes enfants car elle est généralement associée à une augmentation des risques de maladies, en particulier les maladies diarrhéiques du fait de la difficulté à nettoyer le biberon correctement et à stériliser les tétines. On constate au tableau 10.2 que le biberon est largement utilisé par les mères marocaines 46 % des enfants de moins de 6 mois avaient reçu quelque chose au biberon au cours des 24 heures ayant précédé l'enquête ; à 4-5 mois, l'utilisation du biberon atteint son maximum qui est 54 %.

Durée et fréquence de l'allaitement

Le tableau 10.3 présente les durées médianes et moyennes de l'allaitement, de l'allaitement exclusif et de l'allaitement prédominant (allaitement ou avec eau) pour les enfants nés au cours des trois années ayant précédé l'enquête et vivant avec leur mère. Au Maroc, la durée médiane de l'allaitement s'établit à 14,2 mois et sa durée moyenne à 13,9 mois. En outre, cette durée médiane varie de manière importante selon les caractéristiques des femmes : c'est parmi les femmes du quintile le plus riche (7,9 mois), parmi celles qui ont au moins un niveau d'instruction secondaire (9,4 mois) et parmi celles du milieu urbain (11,2 mois) que cette durée est la plus courte. Par contre, parmi celle des ménages du quintile le plus pauvre (15,9 mois), celles du milieu rural (15,8 mois) et celles sans instruction (15,3 mois), cette durée médiane est sensiblement plus longue. En ce qui concerne l'allaitement exclusif, sa durée médiane est estimée à 1,3 mois et c'est parmi les femmes du milieu rural et parmi celles du quintile le plus pauvre (1,8 mois dans les deux cas) qu'elle est la plus longue.

Le tableau 10.3 présente également les résultats concernant la fréquence de l'allaitement des enfants de moins de six mois. On constate que la grande majorité a été allaitée au moins six fois au cours des dernières vingt-quatre heures (89 %). En outre, ces enfants ont reçu en moyenne, 5,4 repas par jour et la moyenne des repas de nuit s'établi à 4,2.

Tableau 10.3 Durée médiane et fréquence de l'allaitement

Durée médiane de l'allaitement de l'allaitement exclusif et de l'allaitement prédominant (allaitement et eau) des enfants nés au cours des trois années ayant précédé l'enquête et vivant avec leur mère pourcentage d'enfants allaités de moins de six mois vivant avec leur mère et qui ont été allaités six fois ou plus au cours des vingt-quatre heures ayant précédé l'enquête et nombre moyen d'allaitements (de jour et de nuit), selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

	Durée médiane de l'allaitement (en mois)				Enfants de moins de six mois allaités			
Caractéristique socio-démographique	Allaitement au sein	Allaitement exclusif au sein	Allaitement au sein prédominant	Effectif d'enfants	Pourcentage allaité 6 fois ou plus dans les dernières 24 heures	Nombre moyen d'allaitement par jour	Nombre moyen d'allaitement par nuit	Effectif d'enfants
Sexe								
Masculin	14,5	1,2	2,0	1 734	88,7	5,5	4,2	251
Féminin	14,0	1,3	2,0	1 774	89,5	5,2	4,2	228
Résidence								
Urbain	11,2	0,7	1,2	1 776	85,1	5,0	4,0	233
Rural	15,8	1,8	2,6	1 732	92,9	5,8	4,4	246
Niveau d'instruction de la mère								
Aucune instruction	15,3	1,5	2,3	2 154	93,3	5,7	4,3	288
Primaire	12,5	0,7	2,2	666	83,1	5,0	4,0	98
Secondaire ou plus	9,4	0,9	1,1	687	82,3	4,8	4,0	93
Quintile de bien-être								
Le plus pauvre	15,9	1,8	2,6	819	94,3	5,8	4,5	120
Second	16,0	1,6	2,5	813	90,6	5,6	4,1	119
Moyen	14,1	1,4	2,1	730	84,5	5,1	4,2	89
Quatrième	12,3	0,6	1,1	568	82,2	4,9	4,0	68
Le plus riche	7,9	0,6	0,6	578	90,0	5,1	4,1	83
Ensemble	14,2	1,3	2,0	3 508	89,1	5,4	4,2	479
Moyenne pour tous les enfants	13,9	2,6	3,6	na	na	na	na	na

Note: Les durées moyennes et médianes sont basées sur le statut d'allaitement au moment de l'enquête.
na = Non applicable
[1] On suppose que les enfants derniers-nés et les naissances précédentes qui ne vivent pas actuellement avec leur mère ne sont pas allaités actuellement.
[2] Sont exclus les enfants dont la réponse sur le nombre d'allaitement n'est pas valable.
[3] Soit exclusivement allaité ou reçoit le lait maternel et de l'eau des liquides à base d'eau et/ou des jus seulement (les autres types de lait sont exclus).
* Basé sur trop peu de cas non pondérés.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

Type d'aliments de complément

Les informations relatives aux différents aliments donnés aux enfants de moins de 3 ans sont présentées au tableau 10.4 selon que l'enfant est allaité ou non. On constate que l'introduction de liquides autres que le lait maternel et d'aliments solides ou semi solides a lieu très tôt bien avant l'âge recommandé de 6 mois. En effet, parmi les enfants allaités de 2-3 mois, un tiers ont reçu de la nourriture solide ou semi solide, 38 % ont été nourris avec d'autres laits que le lait maternel, des fromages ou des yaourts et dans 10 % des cas, on a donné aux enfants de 2-3 mois d'autres liquides.

Par ailleurs, les proportions d'enfants de moins de 6 mois qui ne sont pas allaités et qui reçoivent des aliments solides sont plus élevées que celles des enfants allaités (68 % contre 37 %). Les enfants de moins de 6 mois qui ne sont pas allaités reçoivent des aliments, beaucoup plus fréquemment que ceux qui sont allaités, quel que soit le type.

Tableau 10.4 Aliments reçus par les enfants le jour ou la nuit ayant précédé l'enquête

Pourcentage d'enfants derniers-nés de moins de trois ans vivant avec leur mère qui ont reçu certains aliments déterminés le jour ou la nuit ayant précédé l'enquête en fonction du fait qu'ils sont ou non allaités selon l'âge en mois, EPSF Maroc 2003-04

Age en mois	Aliments pour bébé	Autre lait/ fromage/ yaourt	Autres liquides[1]	Nourriture à base de céréales	Fruits/ légumes[2]	Nourriture à base de racines de tubercules	Nourriture à base de légumes	Viande/ volaille/ poisson/ coquillage/ oeufs	Fruits et légumes riches en vitamine A[3]	Nourriture solide ou semi solide quelconque	Effectif d'enfants
ENFANTS ALLAITÉS AU SEIN											
<2	3,6	20,3	3,9	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	13,7	142
2-3	11,8	37,7	9,7	6,1	1,9	2,6	0,0	0,6	1,9	32,5	169
4-5	24,3	56,1	24,2	11,4	21,4	20,8	1,8	4,3	19,4	60,9	166
6-7	38,4	63,1	41,8	48,1	52,5	56,3	5,4	25,4	49,8	89,6	171
8-9	22,2	62,4	50,5	68,6	67,1	65,7	14,9	27,3	64,6	92,6	139
10-11	22,3	61,9	47,4	74,4	68,6	65,2	12,9	41,0	61,7	96,2	110
12-15	13,4	65,3	58,6	83,3	79,0	77,4	32,2	65,3	69,5	98,8	211
16-19	10,1	54,6	55,4	85,3	80,7	78,1	23,4	73,1	68,8	99,4	119
20-23	(14,5)	(65,1)	(69,6)	(84,0)	(75,0)	(75,4)	(35,6)	(75,9)	(71,6)	(96,7)	46
24-35	(3,4)	(48,8)	(57,4)	(86,9)	(85,2)	(82,2)	(52,8)	(78,8)	(71,7)	(100,0)	32
<6	13,7	38,9	13,0	6,5	8,1	8,2	0,6	1,7	7,4	36,8	476
6-9	31,1	62,8	45,7	57,2	59,1	60,5	9,7	26,3	56,4	90,9	310
ENFANTS NON ALLAITÉS											
<2	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	9
2-3	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	21
4-5	(51,6)	(88,9)	(43,1)	(29,5)	(38,0)	(32,4)	(9,2)	(15,1)	(38,0)	(77,3)	34
6-7	(63,6)	(92,0)	(48,5)	(55,5)	(52,2)	(49,1)	(5,6)	(40,8)	(49,6)	(97,6)	41
8-9	64,3	96,1	62,7	68,2	89,4	83,3	16,1	42,1	83,6	100,0	50
10-11	(61,6)	(91,2)	(67,5)	(79,1)	(89,8)	(69,5)	(23,9)	(60,3)	(79,3)	(100,0)	47
12-15	27,6	93,0	63,2	82,1	81,1	81,1	23,3	69,7	73,1	99,3	162
16-19	15,9	85,2	74,9	90,9	89,0	80,5	28,2	79,3	80,0	100,0	264
20-23	7,9	82,0	71,6	91,1	89,2	79,9	33,4	83,0	78,1	99,5	269
24-35	3,8	72,3	68,1	89,0	89,7	78,3	34,6	83,5	79,7	99,4	899
<6	37,6	84,4	31,6	21,2	19,8	16,9	4,8	7,9	19,8	67,5	64
6-9	64,0	94,3	56,3	62,5	72,6	67,8	11,4	41,5	68,2	98,9	91

Note: Le statut d'allaitement et les aliments consommés font référence à la période des dernières 24 heures (hier et la nuit dernière).
[1] Non compris l'eau.
[2] Y compris les fruits et légumes riches en vitamine A.
[3] Y compris les citrouilles, les carottes, les patates douces rouges, les légumes à feuilles vertes, let les autres fruits et légumes locaux qui sont riches en vitamine A.
* Basé sur trop peu de cas non pondérés.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

À partir de l'âge de 6 mois, l'OMS recommande l'introduction d'aliments de complément car à partir de cet âge, le lait maternel seul n'est plus suffisant pour assurer la croissance optimale de l'enfant. On constate d'après les résultats de l'enquête que seulement un quart des enfants de 6-7 mois (25 %) consomme de la viande, du poisson ou des œufs. En outre, seulement un enfant de 6-7 mois sur deux est nourri avec des fruits et légumes riches en vitamine A.

Le tableau 10.5 présente la fréquence des aliments reçus par l'enfant au cours des vingt-quatre heures ayant précédé l'enquête. Quel que soit le type d'aliments et quel que soit l'âge, le nombre moyen de fois que les enfants ont reçu certains aliments est extrêmement faible, voire nul, ce nombre moyen variant entre 0 et 1,0 pour les enfants de moins de 6 mois et entre 0,1 et 1,2 pour ceux de 6-9 mois. Les résultats concernant les enfants non allaités montrent que la fréquence des aliments de complément est légèrement plus élevée, variant entre 0,1 et 4,0 pour les enfants de moins de 6 mois et 0,1 à 3,9 pour ceux de 6-7 mois.

Tableau 10.5 Fréquence des aliments reçus par les enfants le jour ou la nuit ayant précédé l'enquête

Nombre moyen de fois que les enfants derniers-nés âgés de moins de trois ans et vivant avec leur mère ont reçu certains aliments au cours des vingt-quatre heures ayant précédé l'enquête en fonction du fait qu'ils sont ou non allaités, selon l'âge en mois, EPSF Maroc 2003-04

Age en mois	Aliments pour bébé	Autre lait/ fromage/ yaourt	Autres liquides[1]	Nourriture à base de céréales	Fruits/ légumes[2]	Nourriture à base de racines de tubercules	Nourriture à base de légumes	Viande/ volaille/ poisson/ coquillage/ oeufs	Fruits et légumes riches en vitamine A[3]	Effectif d'enfants
ENFANTS ALLAITÉS										
<2	0,1	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	142
2-3	0,2	1,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	169
4-5	0,4	1,3	0,3	0,2	0,3	0,2	0,0	0,0	0,2	166
6-7	0,6	1,3	0,6	0,7	0,8	0,6	0,1	0,3	0,7	171
8-9	0,3	1,2	0,8	1,1	1,2	0,7	0,1	0,3	1,0	139
10-11	0,3	1,2	0,7	1,3	1,1	0,7	0,1	0,5	0,9	110
12-15	0,2	1,3	0,8	1,7	1,6	0,9	0,3	0,7	1,1	211
16-19	0,2	1,2	0,8	1,8	1,6	0,9	0,2	0,8	1,2	119
20-23	0,1	(1,4)	(1,2)	(1,6)	(1,5)	(0,8)	(0,4)	(1,0)	(1,0)	46
24-35	0,0	(1,0)	(0,9)	(2,1)	(1,5)	(0,9)	(0,6)	(0,9)	(1,1)	32
<6	0,2	1,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	476
6-9	0,5	1,2	0,7	0,9	1,0	0,7	0,1	0,3	0,8	310
ENFANTS NON ALLAITÉS										
<2	*	*	*	*	*	*	*	*	*	9
2-3	*	*	*	*	*	*	*	*	*	21
4-5	(0,9)	(4,2)	(0,8)	(0,4)	(0,6)	(0,4)	(0,1)	(0,2)	(0,6)	34
6-7	(1,6)	(3,7)	(0,7)	(0,8)	(1,0)	(0,5)	(0,1)	(0,4)	(0,8)	41
8-9	1,1	4,1	1,0	1,1	2,0	0,9	0,2	0,5	1,5	50
10-11	(1,2)	(3,6)	(1,1)	(1,3)	(1,7)	(0,7)	(0,2)	(0,7)	(1,2)	47
12-15	0,4	3,0	1,0	1,9	1,8	0,9	0,2	0,8	1,3	162
16-19	0,2	2,6	1,3	2,1	2,1	0,9	0,3	1,0	1,5	264
20-23	0,1	2,3	1,1	2,4	2,2	0,9	0,4	1,0	1,4	269
24-35	0,1	1,7	1,1	2,3	2,1	0,9	0,4	1,0	1,4	899
<6	1,0	4,0	0,5	0,3	0,3	0,2	0,1	0,1	0,3	64
6-9	1,3	3,9	0,9	1,0	1,6	0,7	0,1	0,5	1,2	91

Note: Le statut d'allaitement et les aliments consommés font référence à la période des dernières 24 heures (hier et la nuit dernière).
[1] Non compris l'eau.
[2] Y compris les fruits et légumes riches en vitamine A.
[3] Y compris les citrouilles les carottes les patates douces rouges les légumes à feuilles vertes et les autres fruits et légumes locaux qui sont riches en vitamine A.

Consommation de micronutriments et suppléments de vitamine A chez les enfants

La carence en vitamine A, ou l'avitaminose A, affecte le système immunitaire de l'enfant et augmente ses risques de décéder. L'avitaminose A peut également affecter la vue. Ces conséquences peuvent être évitées en prenant des suppléments de vitamine A et par l'enrichissement des aliments.

Le tableau 10.6 présente les proportions d'enfants derniers-nés de moins de 3 ans, vivant avec leur mère, qui ont consommé des fruits et des légumes riches en vitamine A au cours de 7 jours ayant précédé l'enquête. On constate que moins des deux tiers des enfants (62 %) ont consommé des fruits et des légumes riches en vitamines A au cours des sept jours qui ont précédé l'enquête. Ces proportions varient de manière importante selon les caractéristiques socio-démographiques des enfants. Ce sont les enfants de plus d'un an (au moins les trois-quarts), ceux qui ne sont pas allaités (76 %), ceux dont la mère a un niveau secondaire ou plus et ceux vivant dans les ménages du quintile le plus riche (70 %) qui ont reçu le plus fréquemment des aliments riches en vitamine A. À l'opposé, seulement 56 % de ceux de rang 6 ou plus, 58 % de ceux vivant en rural, 58 % de ceux dont la mère est sans instruction et 52 % de ceux vivant dans les ménages les plus pauvres en ont reçu. Par ailleurs, les résultats selon les régions mettent en évidence de variations (voir Annexe D). En effet, la proportion d'enfants ayant consommé des fruits et légumes riches en vitamine A varie d'un minimum de 40 % dans la région de Taza-Al-Hoceima-Taounate à un maximum de 82 % dans celle de Guelmim-Es-Smara.

De plus, le tableau 10.6 et le graphique 10.2 présentent les proportions d'enfants de moins de cinq ans qui ont reçu des suppléments de fer. Seulement un quart environ des enfants (26 %) ont reçu ces compléments. En fonction de l'âge, on constate que ce sont les enfants de 10-11 mois qui ont le plus fréquemment bénéficié de ces suppléments (81 %) ; par contre, plus l'enfant avance en âge, moins il reçoit de compléments de vitamine A. Les enfants de rangs élevés en reçoivent moins fréquemment que les autres (19 % contre 23 % pour les rangs 4-5 et 28 % pour les rangs 2-3). On note un écart important entre les enfants allaités et ceux qui ne le sont pas (respectivement, 58 % contre 19 %). Les résultats montrent aussi que les enfants du milieu urbain (29 % contre 22 %), ceux dont la mère est instruite (environ 30 % contre 23 % quand la mère est sans instruction) et ceux vivant dans les ménages des trois quintiles les plus riches (en moyenne 29 % contre 20 % dans le quintile le plus pauvre) sont ceux qui ont le plus fréquemment bénéficié de ce type de supplément. En outre, la consommation de suppléments de vitamine A varie d'un minimum de 17 % dans la région de Gharb-Chrarda-Bni Hssen à un maximum de 40 % dans celle de Guelmim-Es-Smara (voir Annexe D).

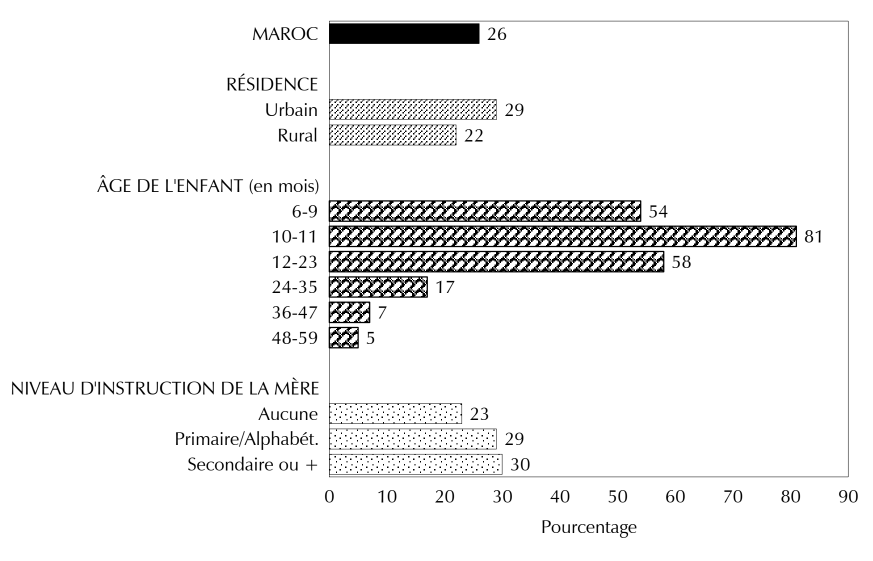
Tableau 10.6 Consommation de micronutriments

Pourcentage de derniers-nés âgés de moins de trois ans et vivant avec leur mère qui ont reçu des aliments riches en vitamine A au cours des sept jours ayant précédé l'enquête pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui ont reçu des compléments de vitamine A au cours des six mois ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	A consommé des fruits et des légumes riches en vitamine A[1]	Effectif d'enfants	A reçu des compléments de vitamine A	Effectif d'enfants
Âge de l'enfant en mois				
<6	8,9	540	na	0
6-9	59,1	401	53,6	412
10-11	66,9	157	80,5	160
12-23	74,8	1 072	57,8	1 130
24-35	79,4	931	17,4	1 124
36-47	na	0	6,9	1 247
48-59	na	0	4,7	1 176
Sexe				
Masculin	60,7	1 537	23,8	2 606
Féminin	63,8	1 565	27,3	2 642
Rang de naissance				
1	60,9	794	26,6	1 388
2-3	65,8	1 370	27,9	2 172
4-5	59,9	581	23,2	1 014
6+	55,6	357	19,2	675
Allaitement				
Allaité	43,1	1 304	58,1	861
Non allaité	76,2	1 794	19,2	4 370
ND	*	*	*	17
Résidence				
Urbain	65,9	1 604	28,9	2 682
Rural	58,4	1 498	22,0	2 567
Niveau d'instruction de la mère				
Aucune instruction	57,9	1 863	23,2	3 277
Primaire	65,8	606	29,2	933
Secondaire ou plus	71,8	633	29,6	1 038
Âge de la mère à la naissance				
<20	62,4	265	23,2	477
20-24	65,8	767	26,3	1 314
25-29	60,7	789	25,7	1 320
30-34	61,5	701	27,7	1 161
35-49	60,6	581	22,9	976
Quintile de bien-être				
Le plus pauvre	51,9	698	20,2	1 218
Second	58,6	705	22,9	1 184
Moyen	67,2	656	29,8	1 085
Quatrième	67,0	515	28,6	890
Le plus riche	70,1	527	28,2	872
Ensemble	62,3	3 102	25,5	5 248

Note: L'information sur les suppléments de vitamine A est basée sur la déclaration des mères.
na = Non applicable
[1] Y compris les citrouilles, les carottes, les patates douces rouges les légumes à feuilles vertes et les autres fruits et légumes locaux qui sont riches en vitamine A.

Graphique 10.2 Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant reçu des compléments de vitamine A



Consommation de micronutriments par les mères

Lors de l'enquête, on a également demandé aux femmes ayant eu une naissance au cours de cinq années ayant précédé l'enquête si elles avaient reçu une dose de vitamine A au cours des deux mois qui avaient suivi leur accouchement. Les résultats sont présentés au tableau 10.7 et au graphique 10.3 selon certaines caractéristiques socio-démographiques des femmes. On constate que seulement 24 % des femmes ont bénéficié d'une supplémentation en vitamine A après leur accouchement. En outre, on note des écarts en fonction des différentes caractéristiques des femmes. Tout d'abord selon l'âge, on note que les femmes les plus jeunes ont reçu plus fréquemment que les plus âgés ce type de supplément (27 % contre 19 % à 35-49 ans). En fonction du nombre d'enfants vivants, on retrouve les mêmes variations puisque plus le nombre d'enfants est élevé et plus les proportions de femmes ayant reçu de la vitamine A sont faibles (28 % pour 1 enfant contre 15 % pour 6 enfants ou plus).De même, en fonction du milieu de résidence, on constate que la proportion de femmes ayant reçu de la vitamine A après l'accouchement est plus élevée en urbain qu'en rural (27 % contre 19 %). Dans les régions, on note que ce sont dans celles de Souss-Massa-Draa et de Tadla-Azilal (respectivement, 17 % et 19 %) que les proportions de femmes ayant reçu des suppléments de vitamine A après leur accouchement sont les plus faibles ; à l'opposé, dans celles de Rabat-Salé-Zemmour-Zaer et de Meknès-Tafilalet, respectivement 31 % et 29 % des femmes ont bénéficié de ces compléments. Enfin, on constate que ce sont les femmes les plus instruites (28 % contre 21 % parmi celles sans instruction) et celles qui vivent dans les ménages les plus aisés (au moins un quart contre un cinquième et moins dans les deux premiers quintiles) qui ont le plus fréquemment bénéficié de ces compléments après l'accouchement.

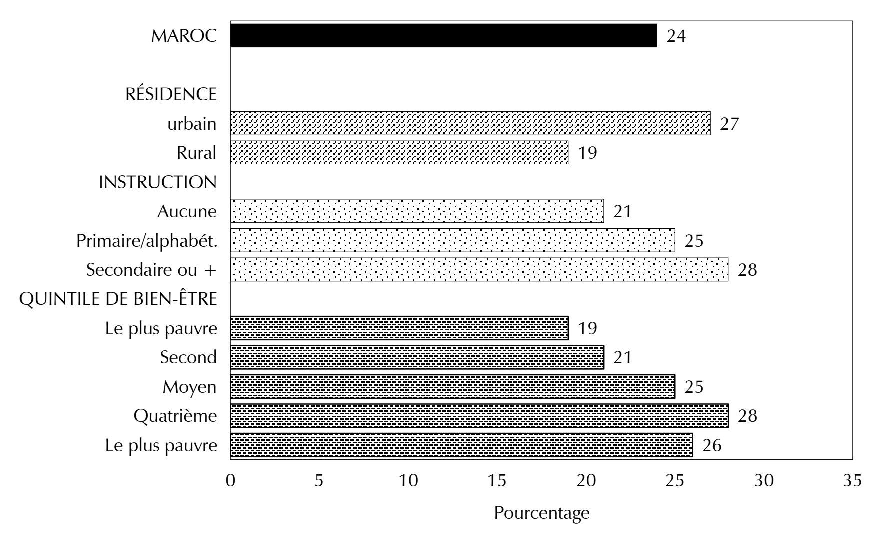
Tableau 10.7 Consommation de micronutriments par les mères

Pourcentage de femmes ayant eu une naissance au cours des cinq années ayant précédé l'enquête et qui ont reçu une dose de vitamine A dans les deux mois qui ont suivi l'accouchement pourcentage de celles qui ont souffert de cécité nocturne pendant la grossesse pourcentage de celles qui ont pris du fer sous forme de comprimés ou de sirop durant un nombre déterminé de jours, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	A reçu vitamine A post-partum[1]	Cécité crépusculaire déclarée	Cécité crépusculaire ajustée[2]	Compléments de fer pendant la grossesse (en nombre de jours)					Effectif de femmes
				Aucun jour	<60	60-89	90+	NSP/ND	
Âge de la mère à la naissance									
<20	27,0	1,5	0,7	62,7	28,6	2,7	3,1	2,9	363
20-24	24,1	1,8	0,8	62,7	27,0	4,7	4,3	1,3	1 080
25-29	24,1	1,8	0,9	60,2	29,5	4,2	4,4	1,6	1 178
30-34	25,2	2,1	0,5	56,9	27,4	5,9	7,1	2,7	1 080
35-49	19,1	3,4	1,5	65,4	20,1	5,4	5,9	3,3	994
Effectif d'enfants nés vivants									
1	27,7	1,4	0,4	51,0	32,9	6,6	7,0	2,6	1 129
2-3	26,1	1,9	0,8	56,9	29,0	5,3	6,5	2,4	1 982
4-5	19,2	3,0	0,9	68,2	22,2	4,3	3,2	2,1	938
6+	14,6	3,4	1,9	83,0	12,9	1,4	1,1	1,5	646
Résidence									
Urbain	27,3	1,3	0,5	48,3	33,2	7,1	8,5	2,9	2 517
Rural	19,2	3,2	1,4	76,3	18,4	2,3	1,4	1,5	2 177
Région									
Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra	*	*	*	*	*	*	*	*	15
Guelmim-Es-Smara	22,1	0,0	0,0	67,6	30,3	1,0	1,0	0,0	79
Souss-Massa-Draa	17,3	0,1	0,0	57,4	33,5	6,7	1,4	0,9	512
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	31,8	3,6	2,1	68,3	19,1	3,0	4,6	5,0	257
Chaouia-Ouardigha	21,1	4,3	1,5	67,6	26,3	3,3	2,7	0,2	325
Marrakech-Tensift-Al Haouz	21,4	1,4	0,4	68,8	22,5	4,2	2,1	2,4	522
Oriental	26,0	1,6	0,3	60,2	23,2	2,9	5,7	8,0	307
Grand-Casablanca	22,7	1,3	0,7	42,4	32,6	7,1	14,0	3,9	477
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	30,6	2,2	0,7	51,9	31,5	6,5	7,4	2,8	323
Doukkala-Abda	25,4	8,6	3,4	72,6	20,8	2,6	3,2	0,8	329
Tadla-Azilal	19,2	0,0	0,0	72,4	18,7	4,6	2,8	1,5	226
Meknes-Tafilalet	28,7	0,7	0,7	60,4	28,0	5,4	4,7	1,6	339
Fès-Boulmane	21,2	1,5	1,1	53,9	28,4	9,1	7,4	1,2	237
Taza-Al Hoceima-Taounate	24,2	3,5	1,5	72,9	22,5	1,3	2,2	1,0	312
Tanger-Tétouan	22,4	2,2	0,8	58,2	25,7	6,0	8,9	1,3	435
Niveau d'instruction									
Aucune instruction	21,3	2,6	1,1	72,2	21,7	2,6	1,8	1,7	2 837
Primaire	25,3	2,2	0,8	54,0	31,6	6,1	5,8	2,5	868
Secondaire et plus	28,3	1,1	0,3	36,7	35,2	10,3	14,3	3,5	989
Quintile de bien-être									
Le plus pauvre	18,8	5,1	2,3	82,5	14,3	1,0	1,2	1,0	1 022
Second	21,2	2,1	0,8	71,2	23,1	3,0	1,2	1,6	1 012
Moyen	24,8	1,3	0,7	61,8	29,7	4,0	2,4	2,2	981
Quatrième	28,2	0,7	0,0	49,7	34,2	5,9	7,6	2,6	830
Le plus riche	26,0	1,3	0,5	34,9	33,3	11,7	15,9	4,1	849
Ensemble	23,5	2,2	0,9	61,3	26,4	4,9	5,2	2,3	4 695

Note: Pour les femmes ayant plusieurs naissances vivantes dans les cinq dernières années les données concernent la naissance la plus récente.
[1] Au cours des deux premiers mois après l'accouchement .
[2] Femmes ayant déclaré souffrir de cécité nocturne mais qui ont pas déclaré ne pas avoir de difficulté pour y voir pendant le jour.
* Basé sur trop peu de cas non-pondérés

Graphique 10.3 Pourcentage de femmes ayant reçu une dose de vitamine A au cours des deux mois ayant suivi l'accouchement



Au cours de l'enquête, on a aussi demandé aux femmes si, pendant leur grossesse, elles avaient souffert de cécité crépusculaire, c'est-à-dire si elles avaient des problèmes de vue à la tombée du jour ou pendant la nuit. Les résultats du tableau 10.7 montrent que 2 % des femmes, ayant eu une naissance au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, ont déclaré avoir eu, au cours de la grossesse, des difficultés pour voir à la tombée de la nuit ou une héméralopie qui est un signe précoce de carence en vitamine A. Cependant, il semble qu'une proportion importante de femmes ont des problèmes pour voir pendant le jour sans pour cela être atteintes de cécité nocturne. On a donc calculé « une prévalence ajustée » de la cécité crépusculaire en éliminant de « la cécité crépusculaire déclarée » les femmes ayant déclaré avoir également des difficultés pour voir pendant le jour. La prévalence de la cécité ajustée passe ainsi à moins d'un pour cent. On note que cette prévalence est particulièrement élevée parmi les femmes de la région de Doukkala-Abda (3 %) et parmi celles du Gharb-Chrarda-Bni Hssen (2 %). Les femmes vivant dans les ménages les plus pauvres (2 %), celles âgées de 35-49 ans et celles qui ont au moins 6 enfants (2 %), sont également plus touchées par ce problème que les autres femmes.

Le tableau 10.7 fournit aussi les proportions de femmes ayant pris des comprimés de fer pendant la grossesse. On constate en premier lieu que plus de la moitié des femmes n'ont pas pris de suppléments de fer (51 %). En particulier, plus des trois quarts des femmes du milieu rural (76 %), 72 % de celles sans instruction et 83 % de celles vivant dans les ménages du quintile le plus pauvre n'ont pris du fer à aucun moment pendant leur grossesse. À l'opposé, un peu plus d'un quart (26 %) en ont pris pendant une durée inférieure à deux mois, 5 % pendant deux à trois mois et enfin 5 % pendant au moins trois mois. Les femmes qui en ont pris pendant au moins 90 jours sont surtout celles ayant un niveau d'instruction secondaire (14 %), celles des ménages du quintile le plus riche (16 %) et celles de la région du Grand Casablanca (14 %). Cette proportion n'est que d'un pour cent en rural et parmi les femmes des ménages les plus pauvres.

10.2 ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

10.2.1 Méthodologie

L'un des objectifs de l'enquête est d'évaluer l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans. Selon les recommandations de l'OMS, l'état nutritionnel des enfants observés pendant l'enquête est comparé à celui d'une population de référence internationale, connu sous le nom de population standard NCHS/CDC/OMS.[1] Cette référence internationale a été établie à partir de l'observation d'enfants américains de moins de cinq ans, en bonne santé, et elle est utilisable pour tous les enfants de cet âge dans la mesure où quel que soit le groupe de populations, ils suivent un modèle de croissance à peu près similaire. Les données de la population de référence ont été normalisées pour suivre une distribution normale où la médiane et la moyenne sont identiques. Pour les différents indices étudiés, on compare la situation des enfants dans l'enquête avec le standard de référence internationale en calculant la proportion d'enfants observés qui se situent à moins de deux et à moins de trois écart type en dessous de la médiane de la population de référence.

L'échantillon d'analyse porte sur 5 175 enfants des mères enquêtées, âgés de moins de 5 ans soit 90 % des enfants éligibles. Les taux d'erreurs observés semblent donc très limitées. En effet, il est universellement reconnu que la validité des mesures anthropométriques dépend de plusieurs facteurs. Un des facteurs les plus importants est la performance des agents chargés d'effectuer les mesures. Le second facteur qui est déterminant et qui est susceptible de garantir la qualité des données est la détermination de l'âge de l'enfant, ce qui ne pose plus de problème au Maroc vu la généralisation de l'état civil.

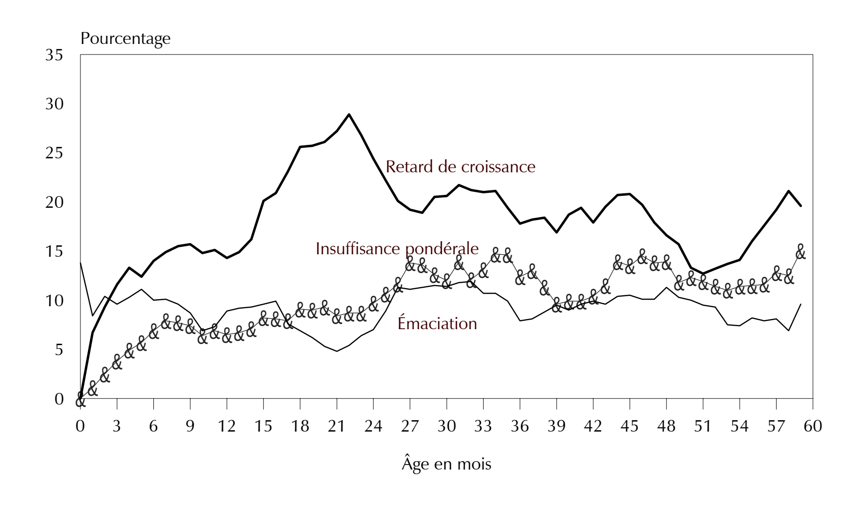
Trois indices nutritionnels ont été retenus pour l'analyse des données anthropométriques portant sur les enfants de moins de 5 ans : taille-pour-âge (T/A), poids[2]-pour-taille (P/T), et poids-pour-âge (P/A). Ces trois indices sont présentés au graphique 10.4 selon l'âge de l'enfant en mois.

---

[1] NCHS : National Center for Health Statistics (Centre National des Statistques Sanitaires des États Unis) ; CDC : Centers for Disease Control and Prevention (Centres de Contrôle et de Prévention des Maladies des États Unis) ; OMS : Organisation Mondiale de la Santé

[2] Les enfants n'étaient pas pesés par des balances SECA de l'UNICEF dont la précision est de 0.1kg, mais par d'autres balances qui sont beaucoup moins précises. Il serait donc difficile de comparer les données de cette enquête sur les poids des enfants à celles des enquêtes précédentes.

Graphique 10.4 État nutritionnel des enfants de moins de 5 ans



EPSF Maroc 2003-2004

10.2.2 Résultats

Retard de croissance

Le tableau 10.8 fournit les proportions d'enfants de moins de cinq qui souffrent de malnutrition chronique. La malnutrition chronique qui se manifeste par une taille trop petite par rapport à l'âge se traduit par un retard de croissance. Cette situation est généralement la conséquence d'une alimentation inadéquate et/ou de maladies survenues pendant une période relativement longue ou qui se sont manifestées à plusieurs reprises. En outre, le retard de croissance staturale acquis dès les plus jeunes âges ne se rattrape généralement plus. La taille-pour-âge est révélatrice de la qualité de l'environnement et, d'une manière générale, du niveau de développement socio-économique d'une population. Un enfant qui a une taille insuffisante pour son âge peut, cependant, avoir un poids en correspondance avec sa taille réelle ; pour cette raison, cette forme de malnutrition n'est pas toujours visible dans une population.

Selon les résultats du tableau 10.8, on constate qu'au Maroc 18 % des enfants de moins de cinq ans accusent un retard de croissance. Ces niveaux sont élevés si on les compare avec les normes internationales (2,3 % à moins de deux écarts types et 0,1 % à moins de trois écarts types). Plus d'un enfant de 12-35 mois sur cinq sont touchés par cette forme de malnutrition (voir graphique 10.5). À 12-23 mois, 10 % sont atteints d'une malnutrition chronique sévère. Selon le rang de naissance, on constate que les enfants des rangs 4 et plus sont plus touchés par le retard de croissance que ceux des rangs 1 à 3. Les résultats selon l'intervalle intergénésique ne mettent pas évidence de tendance significative. Par contre, le poids de l'enfant à la naissance influence ses risques de développer un état de malnutrition chronique puisque 24 % de ceux nés très petits sont atteints d'un retard de croissance contre 17 % de ceux qui étaient moyens ou très gros à la naissance.

Tableau 10.8 État nutritionnel des enfants

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans considérés comme atteints de malnutrition selon les trois indices anthropométriques de l'état nutritionnel (taille-pour-âge poids-pour-taille et poids-pour-âge). selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	Taille-pour-âge		Poids-pour-taille		Poids-pour-âge		Effectif d'enfants
	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET[1]	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET[1]	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET[1]	
Âge de l'enfant en mois							
<6	2,4	10,7	1,9	9,9	1,0	3,6	486
6-9	4,2	15,7	3,0	10,3	2,7	8,2	368
10-11	3,5	15,0	1,6	7,3	1,7	5,4	144
12-23	9,5	22,2	1,7	7,5	1,5	8,1	1 031
24-35	7,2	20,8	2,6	10,7	2,3	12,7	1 023
36-47	7,1	18,9	3,0	9,5	1,9	12,0	1 162
48-59	5,2	15,4	2,8	9,0	2,4	12,2	1 097
Sexe							
Masculin	6,7	19,1	2,5	9,4	1,7	10,4	2 641
Féminin	6,2	17,1	2,4	9,2	2,3	10,0	2 669
Rang de naissance[2]							
1	6,1	15,9	1,9	7,7	1,9	7,8	1 377
2-3	5,7	17,1	2,9	10,1	1,9	11,0	2 138
4-5	7,4	21,1	2,2	8,5	1,6	10,2	989
6+	8,7	22,4	2,9	11,1	2,7	12,4	670
Intervalle intergénésique en mois[2]							
Première naissance[3]	6,0	16,0	1,9	7,9	2,0	7,8	1 397
<24	8,7	24,5	3,2	9,5	3,2	13,5	624
24-47	7,8	20,5	3,0	10,4	2,3	13,1	1 602
48+	4,7	15,4	2,2	9,4	1,1	8,0	1 552
Taille à la naissance[2]							
Très petit	8,9	23,9	2,0	8,2	3,1	13,2	253
Petit	7,0	21,9	2,6	9,1	2,5	12,4	943
Moyen ou très gros	6,2	16,9	2,5	9,4	1,8	9,5	3 953
Manquant	13,8	24,7	4,6	16,2	4,6	9,2	17
Résidence							
Urbain	3,8	12,9	1,8	7,6	1,1	6,5	2 705
Rural	9,2	23,6	3,2	11,1	2,9	14,1	2 606
Région							
Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra	*	*	*	*	*	*	17
Guelmim-Es-Smara	1,7	11,8	2,3	11,4	6,5	16,5	94
Souss-Massa-Draa	12,4	26,6	5,1	19,6	3,1	16,9	578
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	8,2	23,0	1,1	3,0	1,0	9,2	293
Chaouia-Ouardigha	2,7	15,7	0,8	3,3	0,7	4,5	380
Marrakech-Tensift-Al Haouz	13,0	28,2	6,2	20,0	5,0	21,3	558
Oriental	2,6	13,2	1,3	7,6	1,0	5,0	356
Grand-Casablanca	2,9	8,7	1,8	6,9	0,4	4,9	496
Rabat-Sale-Zemmour-Zaër	6,3	14,9	1,2	5,2	0,6	8,3	329
Doukkala-Abda	6,4	15,8	4,3	12,6	3,9	13,9	393
Tadla-Azilal	6,8	23,1	0,9	3,5	2,3	10,1	260
Meknès-Tafilalet	5,4	13,6	0,6	7,5	0,8	7,7	362
Fès-Boulmane	5,0	17,3	2,9	8,2	0,5	7,6	268
Taza-Al Hoceima-Taounate	5,5	19,0	1,7	7,8	2,0	10,1	384
Tanger-Tétouan	4,0	15,2	0,9	3,3	1,5	5,2	543

Suite...

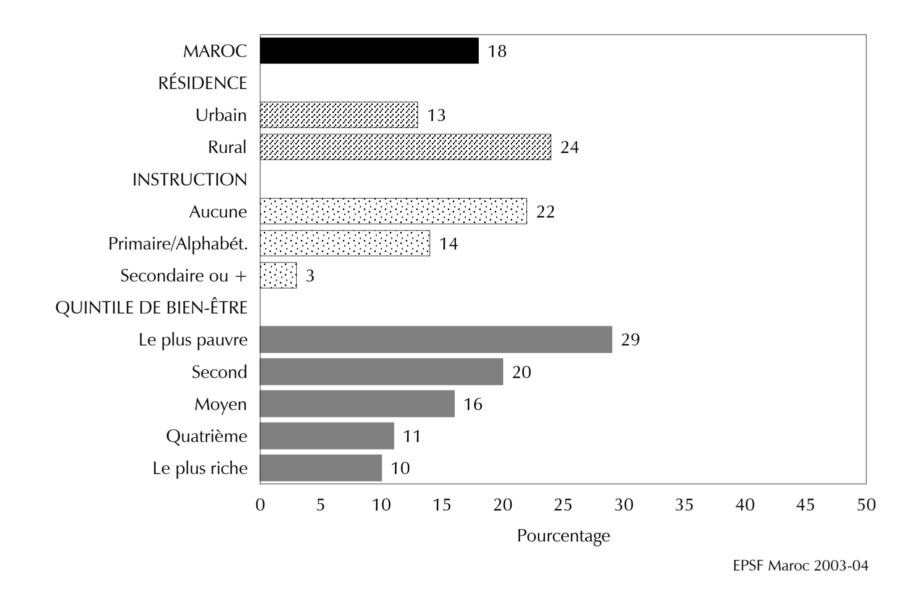
Tableau 10.8—*Suite*

Caractéristique socio-démographique	Taille-pour-âge: Pourcentage en dessous de -3 ET	Taille-pour-âge: Pourcentage en dessous de -2 ET[1]	Poids-pour-taille: Pourcentage en dessous de -3 ET	Poids-pour-taille: Pourcentage en dessous de -2 ET[1]	Poids-pour-âge: Pourcentage en dessous de -3 ET	Poids-pour-âge: Pourcentage en dessous de -2 ET[1]	Effectif d'enfants
Niveau d'instruction de la mère[4]							
Aucune instruction	8,2	21,8	3,0	10,4	2,7	12,7	3 218
Primaire	4,0	14,3	1,7	8,2	0,6	7,0	936
Secondaire ou plus	3,4	10,5	1,9	7,0	1,0	5,2	1 021
Âge de la mère							
15-19	6,7	15,9	1,8	8,6	2,2	7,4	143
20-24	7,4	20,9	2,8	8,8	2,4	9,1	968
25-29	7,1	18,7	2,3	9,2	1,7	11,2	1 312
30-34	5,6	16,6	2,3	8,4	1,4	9,5	1 249
35-49	6,2	17,7	2,8	10,5	2,4	10,9	1 503
Enfants des mères enquêtées	6,5	18,2	2,5	9,3	2,0	10,2	5 175
Quintile de bien-être							
Le plus pauvre	12,0	29,1	3,6	12,6	4,0	17,3	1 252
Second	7,0	19,6	3,1	9,7	2,3	10,8	1 193
Moyen	4,5	16,1	1,7	8,6	1,0	8,6	1 090
Quatrième	3,4	11,0	2,3	8,0	1,0	7,7	905
Le plus riche	3,3	10,2	1,0	6,1	1,0	3,9	872
Ensemble	6,5	18,1	2,5	9,3	2,0	10,2	5 311

Note: Le tableau est basé sur les enfants qui ont dormi dans le ménage la nuit précédant l'enquête, Chaque indice est exprimé en terme de nombre d'unités d'écart type (ET) par rapport à la médiane de la Population de Référence Internationale du NCHS/CDC/OMS, Le tableau présente les pourcentages d'enfants qui se situent à moins de -3 ET ou à moins de -2 ET de la médiane de la population de référence.
[1] Y compris les enfants qui se situent en dessous de -3 ET de la médiane de la population de référence.
[2] Non compris les enfants dont la mère n'a pas été enquêtée.
[3] Les premières naissances multiples (jumeaux ou triplets etc,) sont considérées comme première naissance car elles n'ont pas d'intervalle intergénésique précédent.
[4] Pour les femmes qui n'ont pas été enquêtées les informations proviennent du questionnaire ménage. Non compris les enfants dont la mère n'est pas listée dans le ménage.
[5] Y compris les enfants dont la mère est décédée.
* Basé sur trop peu de cas non-pondérés.

On constate également des écarts importants selon le milieu de résidence, la proportion d'enfants accusant un retard de croissance étant plus élevée en rural qu'en urbain (24 % contre 13 %). Les résultats selon les régions mettent en évidence des variations importantes puisque dans celles de Souss-Massa-Draa et Marrakech-Tensift-Al Haouz, plus d'un quart des enfants souffrent de malnutrition chronique (respectivement, 27 % et 28 %) dont plus de 10 % sous la forme sévère. Enfin, on constate que le retard de croissance affecte deux fois plus les enfants dont la mère est sans instruction que ceux dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus (22 % contre 11 %) ; les résultats en fonction du niveau de bien-être du ménage montrent de manière très nette que la malnutrition est liée au niveau socio-économique du ménage dans lequel vit l'enfant puisque la prévalence de la malnutrition chronique sous la forme sévère passe de 3 % chez les plus riches à 12 % chez les plus pauvres.

Graphique 10.5 Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans accusant un retard de croissance



Émaciation

Au tableau 10.8, figure également les résultats concernant les proportions d'enfants atteints de malnutrition aiguë, exprimée par l'indice poids-pour taille. Cet indice qui donne une mesure de la masse du corps en relation avec la taille reflète la situation nutritionnelle actuelle (au moment de l'enquête). Il peut donc être fortement influencé par la saison pendant laquelle s'est déroulée la collecte des données. En effet, la plupart des facteurs susceptibles de causer un déséquilibre entre le poids et la taille de l'enfant, qu'il s'agisse des maladies (rougeole, diarrhée) ou des déficits alimentaires (sècheresse, période de soudure) sont très sensibles à la saison. Ce type de malnutrition est la conséquence d'une alimentation insuffisante durant la période ayant précédé l'observation ou d'une perte de poids consécutive à une maladie (diarrhée sévère ou anorexie, par exemple). Un enfant souffrant de cette forme de malnutrition est maigre ou émacié. Les enfants dont le poids-pour-taille se situe à moins de deux écarts types de la médiane de la population de référence sont considérés comme étant atteints de malnutrition aiguë, ceux se situant à mois de trois écarts types sont considérés comme souffrant de malnutrition aiguë sévère.

La malnutrition aiguë touche 9 % des enfants de moins de cinq ans et 3 % en sont atteints sous la forme sévère. Ces niveaux sont beaucoup plus élevés que ce que l'on s'attend à trouver dans une population en bonne santé et bien nourrie (respectivement, 2,3 % et 0,1 %). De plus, les régions de Marrakech-Tensift-Al Haouz et de Souss-Massa-Draa qui comme on l'a vu précédemment, enregistrent les prévalences les plus élevées du retard de croissance se caractérisent également par les proportions les plus élevées d'enfants émaciés (20 % dans les deux cas).En milieu rural, 11 % des enfants souffrent de malnutrition aiguë contre 8 % en urbain. On constate également que ce type de malnutrition touche deux fois plus les enfants des ménages les pauvres que ceux des ménages les plus riches (13 % contre 6 %).

Insuffisance pondérale

On peut également prendre connaissance au tableau 10.8 du niveau de la prévalence de l'insuffisance pondérale. Cet indice est un indice combiné, un faible poids-pour-âge pouvant être provoqué par la maigreur comme par le retard de croissance. Cet indice est celui qui est le plus souvent

utilisé par les services de santé poursuivre les progrès nutritionnels et la croissance des enfants. Cependant, son utilisation reste limitée car il ne permet pas de distinguer les déficiences alimentaires de longue durée (retard de croissance) de celles qui sont récentes (émaciation). Comme pour le poids-pour–taille, cet indice est sensible aux variations saisonnières et sa valeur est limitée quand il n'en existe qu'une seule mesure dans le temps. Les enfants dont le poids-pour-âge se situe à moins de deux écarts types en dessous de la médiane de la population de référence sont considérés comme présentant une insuffisance pondérale ; ceux qui se situent à moins de trois écarts types sont considérés comme présentant une insuffisance pondérale sévère.

Au Maroc, un enfant sur dix présente une insuffisance pondérale et 2 % une insuffisance pondérale sévère. Ici aussi, ces proportions sont nettement supérieures à celles que l'on s'attend à trouver dans une population en bonne santé et bien nourrie (2.3 % et 0,1 %). Cette forme de malnutrition touche plus particulièrement les enfants à partir de l'âge de 2 ans. La proportion d'enfants du milieu rural qui présente une insuffisance pondérale est deux fois plus élevée que celle que l'on observe en urbain (14 % contre 7 %). En outre, les résultats selon les régions mettent en évidence une fois encore la situation critique sur le plan nutritionnel des enfants des régions de Marrakech-Tensift-Al Haouz et de Souss-Massa-Draa puisque c'est dans ces régions que la prévalence de l'insuffisance pondérale est la plus élevée (respectivement, 21 % et 17 %). On constate enfin que les enfants dont la mère est sans instruction sont plus de deux fois plus touchés par cette forme de malnutrition que ceux dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus (13 % contre 5 %). L'écart est encore plus important entre les enfants vivant dans les ménages les plus riches et ceux vivant dans les plus pauvres (respectivement, 4 % et 17 %).

10.3 ÉTAT NUTRITIONNEL DES FEMMES

L'état nutritionnel de la mère a une influence sur la morbidité et la mortalité des enfants. En effet, il est conditionné par la balance énergétique, l`état de santé et le temps écoulé depuis la dernière naissance. Il joue un rôle important dans l'évolution et l'issue des grossesses. C`est un déterminant de la mortalité maternelle. Il y a un lien étroit entre le niveau de fécondité, la mortalité et l'état nutritionnel des femmes. Les femmes en âge de procréer sont vulnérables à la malnutrition en raison des dépenses nutritionnelles liées à la grossesse et à la lactation. L'évaluation de l'état nutritionnel des femmes en âge de procréer est particulièrement utile car il permet d`identifier les groupes à haut risque. C`est un indicateur important de santé des femmes.

L'Indice de masse corporelle (IMC) ou indice de Quételet, calculé en divisant le poids en kilogramme par le carré de la taille en mètres a été utilisé pour évaluer la déficience énergétique chronique des femmes. Les femmes dont l'IMC est inférieur à 18,5 sont considérées comme présentant une déficience énergétique chronique. La classification de la déficience énergétique est la suivante:

- pour des IMC compris entre 17,0 et 18,4, on a une déficience énergétique de niveau 1 classée comme une forme de maigreur légère ;
- ceux compris entre 16,0 et 17,0 sont des indices de niveau II classée comme une forme de maigreur modérée ;
- ceux en dessous de 16 indiquent une déficience énergétique de niveau III, c'est-à-dire présentant une maigreur sévère.

Par contre, les femmes qui ont un IMC égal à 25 sont en surpoids. Elles sont considérées comme étant grosses quand leur IMC est compris entre 25,0 et 29,9 et obèses quand leur IMC est supérieur ou égal à 30.

Bien que la taille puisse varier dans les populations à cause des facteurs génétiques, elle reflète en partie l`effet du niveau socio-économique de la mère dans la mesure où une petite taille peut résulter d`une malnutrition chronique durant l`enfance. La taille des mères est associée à la largeur du bassin; les femmes de petites tailles courent des risques de mortalité maternelle plus importants car le bassin étroit peut gêner l`expulsion du fœtus. La taille critique se situe entre 140 à 150 cm. Une taille inférieure à 150 centimètres est considérée comme un facteur de risque obstétrical (WFPHA, 1983). La taille moyenne et le pourcentage des femmes dont la taille est inférieure à 145 cm sont présentés au tableau 10.9.

Tableau 10.9 État nutritionnel des femmes par caractéristiques socio-démographiques

Taille moyenne des femmes de 15-49 ans pourcentage de celles dont la taille est inférieure à 145 centimètres Indice de Masse Corporelle (IMC) moyen et pourcentage de celles ayant un niveau d'IMC déterminé, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

	Taille			IMC (kg/m^2)									
Caractéristique socio-démographique	Taille moyenne en centimètre	Pourcentage en dessous de 145 cm	Effectif	Moyenne de l'IMC	18,5-24,9 (normal)	<18,5 (maigre)	17,0-18,4 (maigreur légère)	16,0-16,9 (maigreur modérée)	<16,0 (maigreur sévére)	≥25,0 (gros ou obèse)	25,0-29,9 (gros)	≥30,0 (obèse)	Effectif de femmes
Âge													
15-19	158,2	1,1	3 267	21,5	74,2	14,9	10,4	3,4	1,1	10,9	9,3	1,6	3 168
20-24	159,0	0,7	2 983	22,6	69,9	9,8	7,6	1,7	0,5	20,3	16,9	3,4	2 788
25-29	158,7	0,7	2 567	23,8	60,8	6,1	4,7	0,8	0,6	33,1	25,4	7,7	2 339
30-34	159,0	0,9	2 223	25,1	51,3	3,8	3,2	0,4	0,1	44,9	31,5	13,4	2 062
35-39	158,6	0,9	2 040	25,7	44,0	3,7	2,9	0,6	0,2	52,4	35,5	16,8	1 933
40-44	158,4	0,8	1 899	26,5	37,1	3,2	2,5	0,7	0,0	59,7	39,6	20,1	1 869
45-49	157,6	1,9	1 664	27,2	33,2	3,0	1,9	0,9	0,2	63,8	37,5	26,3	1 659
Résidence													
Urbain	159,0	1,0	10 055	24,7	51,4	6,9	5,3	1,2	0,4	41,8	27,9	13,8	9 671
Rural	157,8	1,0	6 588	23,4	63,5	7,9	5,6	1,7	0,5	28,6	22,1	6,5	6 148
Région													
Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra	(160,4)	(0,0)	(43)	(25,0)	(44,2)	(9,6)	(6,4)	(3,2)	(0,0)	(46,2)	(35,5)	(10,7)	40
Guelmim-Es-Smara	158,8	1,3	221	25,4	44,4	8,6	6,8	1,1	0,7	47,0	24,0	23,0	206
Souss-Massa-Draa	157,3	0,7	1 757	23,7	62,7	7,7	5,2	1,9	0,5	29,6	21,9	7,7	1 681
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	158,3	0,7	929	24,1	62,7	3,4	2,2	1,0	0,3	33,9	27,3	6,6	880
Chaouia-Ouardigha	158,8	0,6	979	23,9	57,4	8,2	6,0	1,1	1,1	34,4	24,3	10,2	921
Marrakech-Tensift-Al Haouz	158,0	0,6	1 606	23,8	59,5	5,9	4,5	1,2	0,2	34,5	27,7	6,8	1 515
Oriental	159,3	0,8	1 199	24,8	51,9	6,4	5,3	1,0	0,1	41,7	27,6	14,1	1 139
Grand-Casablanca	159,7	0,8	2 106	25,0	53,6	4,6	3,5	0,7	0,4	41,8	27,3	14,5	2 032
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	158,2	2,6	1 311	24,7	50,4	7,5	5,4	1,7	0,5	42,1	27,7	14,4	1 264
Doukkala-Abda	158,1	1,6	1 029	23,8	54,4	10,3	7,8	2,0	0,5	35,3	25,6	9,7	960
Tadla-Azilal	158,7	1,0	748	23,7	57,7	7,9	6,1	1,5	0,3	34,4	25,3	9,1	699
Meknès-Tafilalet	158,8	0,4	1 256	23,5	59,8	8,5	6,0	1,9	0,6	31,8	24,6	7,2	1 197
Fès-Boulmane	159,3	1,5	926	24,9	50,0	6,7	4,8	1,4	0,5	43,3	28,1	15,2	881
Taza-Al Hoceima-Taounate	158,5	0,5	1 180	23,8	58,8	9,0	7,4	1,3	0,3	32,3	22,4	9,8	1 115
Tanger-Tétouan	158,1	0,9	1 354	24,3	52,4	9,7	7,1	2,0	0,5	37,9	24,2	13,8	1 289
Niveau d'instruction													
Aucune instruction	157,7	1,1	8 325	24,6	54,7	5,4	4,0	1,0	0,3	40,0	28,2	11,8	7 820
Primaire	158,7	1,0	3 292	24,5	53,7	8,0	5,9	1,7	0,4	38,3	24,6	13,6	3 134
Secondaire ou plus	159,8	0,7	5 025	23,5	59,9	9,8	7,3	1,8	0,6	30,3	22,3	8,0	4 865
Quintile de bien-être													
Le plus pauvre	157,3	1,1	2 931	23,0	68,2	8,2	5,9	1,7	0,7	23,6	19,0	4,6	2 708
Second	158,0	1,1	3 125	23,6	61,1	8,1	5,8	1,8	0,5	30,7	23,6	7,2	2 950
Moyen	158,3	1,0	3 352	24,2	54,8	7,3	5,5	1,3	0,5	37,9	27,2	10,7	3 173
Quatrième	159,0	0,8	3 563	24,8	50,4	7,1	5,2	1,5	0,4	42,5	27,8	14,7	3 434
Le plus riche	159,7	0,9	3 671	25,2	49,4	5,9	4,8	0,9	0,2	44,8	29,0	15,7	3 553
Ensemble	158,5	1,0	16 642	24,2	56,1	7,3	5,4	1,4	0,4	36,6	25,7	11,0	15 818

[1] Non compris les femmes enceintes et les femmes ayant eu un enfant dans les deux derniers mois
( ) Basé sur un faible nombre de cas non-pondérés

La taille moyenne des femmes marocaines est de 158,5 cm, taille qui se situe nettement au-dessus du seuil critique. Une très faible proportion (1 %) de femmes ont une taille inférieure à 145 cm.

On ne constate pas de différence significative de la taille des femmes en fonction des caractéristiques socio-démographiques.

L`IMC moyen des femmes marocaines non enceintes est de 24,2, valeur se situant à l`intérieur de l`intervalle normal. Les valeurs normales varient de 18,5 à 24,9. Par ailleurs, plus de la moitié des femmes ont un IMC normal (56 %) et 37 % sont en surpoids (26 % sont considérées comme étant grosses et 11% sont considérées comme étant obèses). À l'opposé, 7 % des femmes présentent une déficience énergétique chronique. Parmi ces femmes, 5 % ont une maigreur légère, 1 % présente une maigreur modérée et moins d'un pour cent souffre de maigreur sévère. Le mauvais état nutritionnel fait courir à ces femmes des risques quant à leur grossesse présente ou future.

Si l'on considère les caractéristiques socio-démographiques, on constate que la déficience énergétique chronique varie légèrement avec l`âge ; les femmes les plus touchées étant les plus jeunes (15 % à 15-19 ans et 10 % à 20-24 ans contre 4 % à partir de 30-34 ans). Les résultats selon le milieu de résidence ne font pas apparaître d'écart. Par contre, dans les régions, la proportion de femmes souffrant de déficience énergétique chronique varient d'un minimum de 3 % dans celle de Gharb-Chrarda-Bni Hssen à un maximum de 10 % dans celles de Doukkala-Abda et de Tanger-Tétouan.

MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS 11

Dr M'Hamed Ouakrim et Mustapha Azelmat

La mesure des niveaux, tendance et caractéristiques de la mortalité des enfants de moins de cinq ans, appelée aussi « mortalité de la petite enfance ou mortalité infanto juvénile » constitue l'un des principaux objectifs de l'enquête.

Généralement, les indicateurs estimés, tout particulièrement la mortalité infantile, sont considérés comme des indicateurs du niveau de développement socio-économique et sanitaire, surtout dans les pays en voie de développement, à l'exemple du Maroc. Mais leur insert s'est considérablement accru depuis, d'une part la promotion au niveau international de la Santé pour tous en l'an 2000 au milieu des années 70 (et son renouvellement en 1999 avec pour objectif la Santé pour tous pour le 21e siècle) et, d'autre part l'adoption en l'an 2000 des Objectifs du Millénaire du Développement par le Sommet mondial du développement.

La réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans se situe parmi les trois objectifs du Millénaire du Développement que les systèmes de Santé de par le monde sont appelés à réaliser pour que la santé soit une des forces centrifuges du développement dans chaque pays. Comme cet engagement politique international implique un suivi et une évaluation régulière des progrès accomplis pour chaque but poursuivi, les indicateurs de mesure de la mortalité des enfants de moins de cinq ans et sa composante principale, la mortalité infantile constitue l'un des douze indicateurs sanitaires que les systèmes de santé sont appelés à utiliser.

De là apparaît la nécessité de plus en plus impérieuse de continuer comme par le passé à recueillir d'une façon périodique les données de base sur la mortalité de la petite enfance et de ses composantes et ce, à travers les enquêtes par sondage auprès des ménages.

Ainsi si ces mesures différentielles de la mortalité des moins de cinq ans et de ses composantes constituent des éléments de base de la formulation de politique et de stratégies d'action sanitaires nationales, elles constituent aussi les outils informationnels pour le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de ces politiques et stratégies. Sans oublier aussi que ces mesures sont aussi utiles et utilisées par les organisations internationales pour les mêmes raisons quant à la préparation, le suivi et l'évaluation de leurs programmes spécifiques de coopération. Il va de soi, que ces résultats spécifiques de mortalité intéressent aussi, et à plus d`un titre, les chercheurs en sciences sociales et en économie, tant nationaux qu'étrangers.

Ce chapitre s'articule autour de trois sections :

La première section présentera brièvement la méthodologie utilisée tant pour la collecte des données de base que pour l'estimation des niveaux et des tendances de la mortalité des enfants de moins de cinq ans et de ses composantes.

*Quant à la **deuxième section***, elle fera le point sur le niveau actuel de cette mortalité de même qu'elle tentera de dégager certaines tendances tant à la base des données récoltées que des résultats des précédentes estimations fournies par les différentes enquêtes similaires au cours des quinze dernières années.

La troisième section étudiera les variations différentielles de la mortalité des enfants.

La quatrième section abordera la mortalité périnatale et les risques de mortalité liés au comportement procréateur de la mère.

11.1 MÉTHODOLOGIE ET QUALITÉ DES DONNÉES

Les données de base utilisées pour l'étude de la mortalité des moins de cinq ans sont issues de la section 2 du Questionnaire Individuel de l'Enquête sur la Population et la Santé Familiale (EPSF 2003-2004). Sur un échantillon de 17 443 femmes en âge de reproduction qui ont été identifiées, 16 798 ont été enquêtées, ce qui représente un taux de réponse de 96 %.

Cette section comprend les questions posées directement aux femmes mariées, âgées de 15-49 ans sur l'historique de leurs naissances. C'est à partir de la date de naissance, de l'âge au décès et du sexe des enfants que les probabilités ou les quotients de mortalité des moins de cinq ans et de ses composantes ont été calculés. Ceux-ci sont, de ce fait, estimés directement grâce à une enquête rétrospective.

Ces quotients sont définis comme suit (notant que « q » et « q'» sont respectivement mesurés en années et en mois révolus).

- Quotient de mortalité de moins de cinq ans ou mortalité de la petite enfance ou encore mortalité infanto juvénile (${}_5q_0$) est la probabilité de décéder avant d'atteindre le 5ème anniversaire. Cette mortalité est la résultante de la mortalité infantile et de la mortalité juvénile ;

- Quotient de mortalité infantile (${}_1q_0$) est la probabilité ou risque de décéder avant d'atteindre le premier anniversaire. Cette mortalité est-elle aussi la résultante de la mortalité néonatale et de la mortalité post-natale définies comme suit ;

- Quotient de mortalité néonatale (NN ou ${}_1q'_0$**)** est la probabilité de mourir avant d'atteindre l'âge d'un mois ;

- Quotient de mortalité périnatale (MNN ou morti-néonatalité) est la probabilité pour une grossesse de 7 mois ou plus de déboucher sur un enfant mort-né ou d'un enfant vivant de décéder au cours de la première semaine. Ces deux types de mortalité sont de même nature, c'est-à-dire qu'elles ont toutes deux un caractère endogène. Les causes sont supposées être davantage dues aux facteurs de risque bio-génètiques échappant donc, dans une grande mesure, au contrôle du système sanitaire ;

- Quotient de mortalité post-néonatale (PNN ou ${}_{11}q'_1$) est la probabilité de décéder entre le 1er et le 12ème mois. Cette mortalité post-néonatale est aussi appelée mortalité exogène car ses facteurs de risque sont liés à l'environnement socio-économique et sanitaire du pays. Le système de santé peut, dans une large mesure, avoir une influence sur leur niveau ;

- Quotient de mortalité juvénile **(**${}_4q_1$**)** est la probabilité de décéder entre le 1er et le 5ème anniversaire.

Si l'approche de l'historique des naissances est largement et efficacement utilisée dans les enquêtes du même type et ayant le même objet spécifique que l'EPSF, il n'en demeure pas moins qu'elle présente des limites d'ordre tant méthodologique que des risques d'erreurs de déclaration.

Limite d'ordre méthodologique

Le recueil des données sur le passé des personnes vivantes au moment de l'enquête—ici les femmes de 15-49 ans—ne donne que des informations sur les personnes survivantes au moment de l'enquête. On ne peut donc pas disposer de données sur la survie des naissances dont la mère est décédée avant l'enquête. Dans le cas éventuel où le nombre de ces orphelins de mère serait important et que leur mortalité serait différente de celle des autres enfants dont la mère est encore en vie, alors le niveau de mortalité s'en trouverait probablement affecte et biaisé.

De plus, ne récolter des données que sur les seules femmes de 15-49 ans au moment de l`enquête, réduit les possibilités d'estimation des niveaux de la mortalité par période. Ce faisant, les informations sont incomplètes pour certaines périodes anciennes. C'est ainsi que, à titre d'illustration, pour la période de 10-14 ans avant l'enquête, on ne dispose d'aucune information sur les naissances issues des femmes âgées de 15-49 ans à cette date. Les femmes de 15-49 ans au moment de l'enquête avaient moins de 40 ans, 10 ans avant l'enquête ; par contre, celles âgées de 40-49 ans à ce moment là ne feraient plus partie des femmes éligibles au moment de l'enquête.

Aussi, si une proportion importante des naissances de cette époque était issue des femmes âgées de 40-49 ans et que le risque de décéder de leurs enfants était très différent de celui des naissances issues des femmes plus jeunes, il pourrait en résulter un biais important dans l'estimation de la mortalité de ses enfants pour la période d'étude considérée.

Risques d'erreurs d'enregistrement

Les erreurs éventuelles d`enregistrement au moment de la collecte des données de base peuvent se produire de plusieurs manières :

a) le sous enregistrement ou la sous notification des événements qui peut être causée soit par la double omission systématique des naissances, soit par l`omission simple de l'un de ces deux événements. Les mères ont souvent tendance à omettre de déclarer une naissance et/ou l'âge de leurs enfants, particulièrement quand celui-ci meurt à un âge très jeune, à peine quelques heures ou jours après sa naissance. Ce genre d'omissions peut générer une sous-estimation de la mortalité ; celle-ci sera d'autant plus forte que la période de référence (0-4, 5-9, 10-14 ans) est éloignée de la date de l'enquête. Il existe plusieurs techniques permettant d'apprécier le degré de sous enregistrements des très jeunes enfants. L'une d'elle consiste en la vérification de la régularité ou de la constance des rapports des taux successifs (mortalité néonatale/mortalité infantile) durant les différentes périodes de référence des estimations.

   Appliquée aux données de l'EPSF, ces rapports sont de 67, 64 et 61 pour les périodes de référence, respectivement de 0-4 ans, 5-9 ans et 10-14 ans pour lesquelles les estimations ont été faites. Ces résultats, montrant une régularité des rapports, semblent indiquer qu'il n'y a pas eu de sous enregistrements importants de ces décès précoces durant les périodes considérées.

b) les imprécisions des déclarations de l'âge, dues particulièrement au phénomène d`attraction d'âge finissant par 0, 5 ou un multiple de 5. En général, ces imprécisions engendrent une sous estimation de la mortalité infantile et une surestimation de la mortalité juvénile du fait du transfert des ces moins de 1 an à la tranche d'âges 1-4 ans. La première est due aux sous enregistrements des décès et des naissances alors que la deuxième est relative à la déclaration de l'âge. Les méthodes qui sont utilisées pour l'appréciation de la qualité des données se rapportant à la mortalité de moins de cinq ans, sont d'une part, la comparaison des tendances

qui découlent des différents résultats produits par plusieurs sources différentes et indépendantes, et d'autre part, l'approche du changement inter-enquête.

11.2 NIVEAUX ET TENDANCES

Le tableau 11.1 présente les différents quotients de mortalité pour les quinze dernières années qui ont précédé l'enquête. Les niveaux de mortalité ont été calculés par périodes quinquennales de 0-4 ans, 5-9 ans et 10-14 ans avant l'enquête, soit de 1989-1990 à 2003-2004.

Pour la période 0-4 ans avant l'enquête, les résultats montrent que sur 1 000 naissances vivantes, 40 décèdent avant d'atteindre leur premier anniversaire (27 ‰ entre 0 et 1 mois exact et 14 ‰ entre 1 et 2 mois exacts). De plus, sur 1 000 enfants âgés d'un an, 7 n'atteignent pas leur cinquième anniversaire. Globalement, le risque de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire est estimé à 47 ‰. Ces résultats mettent donc en évidence le rôle important que continue à jouer la mortalité, encore élevée, durant la première année ($_1q_0$). En effet, cette mortalité représente 85 % de toute la mortalité des moins de cinq ans. De même, cette mortalité infantile est constituée pour plus des deux tiers de la mortalité néonatale (68 %) alors que la mortalité post-néonatale n'en représente qu'un peu plus d'un tiers (35 %).

Tableau 11.1 Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans

Quotient de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par périodes de cinq ans précédant l'enquête, EPSF Maroc 2003-04

Nombre d'années précédant l'enquête	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN)	Mortalité Infantile ($_1q_0$)	Mortalité juvénile ($_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$)
0-4	27	14	40	7	47
5-9	30	18	47	13	59
10-14	38	24	62	14	76

[1] Calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale.

Par rapport aux pays voisins et à certains pays arabes, (ayant réalisé les mêmes types d`enquêtes à quelques années prés, soit dans le cadre du projet PAPFAM de la ligue des États Arabes ou sous les auspices de DHS), on constate, comme le montre le tableau 11.2 ci-dessous, que le Maroc occupe une position intermédiaire. Ses performances le place entre la Jordanie et l'Algérie d'une part et l'Égypte et la Mauritanie d'autre part.

Tableau 11.2 Mortalité infanto juvénile dans quelques pays arabes

Niveau de la mortalité infanto juvénile estimée durant la période de 5 ans précédant l'Énquête au Maroc et dans certains pays voisins et arabes

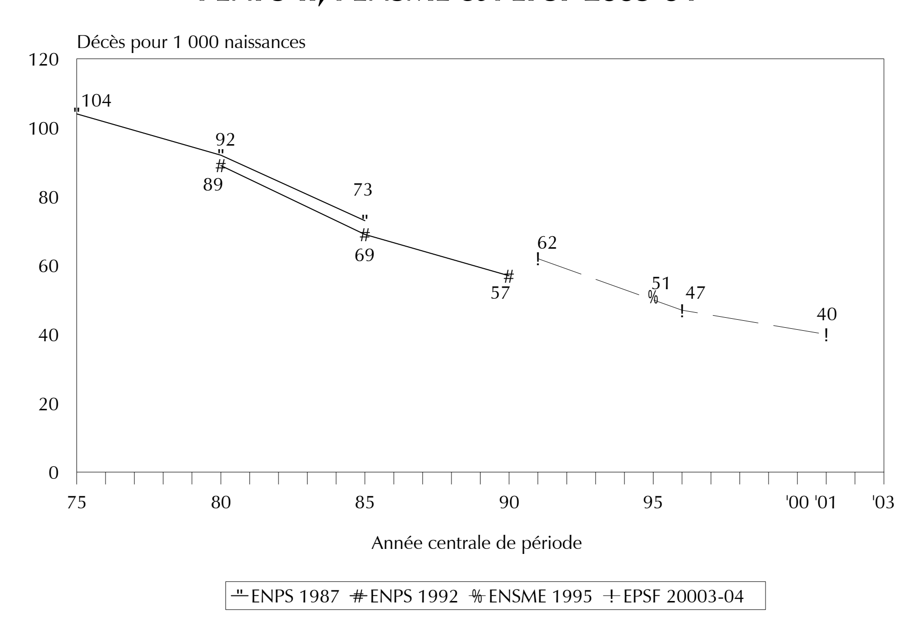
Composantes de la mortalité	Maroc 2001[1,2]	Algérie 1999[2]	Mauritanie 2001[1]	Jordanie 2000[1]	Egypte 1998[1]
Mortalité infantile	40	31	74	22	44
Mortalité néonatale	27	21	-	16	24
Mortalité post-néonatale	14	11	-	7	20
Mortalité juvénile	7	6	46	5	11
Mortalité infanto juvénile	47	37	116	27	54

Sources : [1] DHS surveys ; [2] PAPFAM surveys

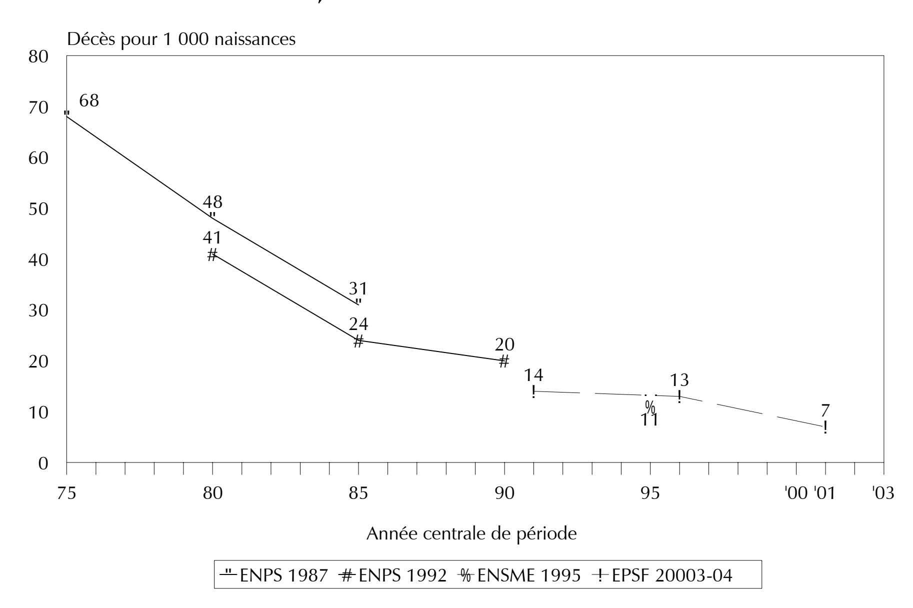
Quoiqu'il en soit, le niveau de mortalité infanto-juvénile et ses composantes particulièrement la mortalité infantile reste encore à un niveau non satisfaisant. Des efforts socio sanitaires importants restent à faire pour atteindre les performances qui le mettraient au même niveau que celui des pays voisins et arabes ayant un profil socio-démographique et économique similaire.

Les données du tableau 11.1 représentés aux graphiques 11.1 et 11.2 permettent de retracer l'évolution de la mortalité infantile et juvénile au cours des 15 dernières années. Même si des progrès restent à faire, il n'en demeure pas moins qu'au Maroc, le niveau de la mortalité infanto-juvénile a nettement diminué et cela régulièrement depuis quinze ans. De l'année 1991, (année centrale de la période 10-14 ans avant l'enquête) à 2001 (année centrale de la période la plus récente avant l'enquête),

Graphique 11.1 Tendance de la mortalité infantile selon l'ENPS-I, l'ENPS-II, l'ENSME et l'EPSF 2003-04



Graphique 11.2 Tendance de la mortalité juvénile selon l'ENPS-I, l'ENPS-II, l'ENSME et l'EPSF 2003-04



ce niveau est passé de 76 ‰ à 47 ‰, soit une baisse de 38 %. Cette diminution a touché toutes les composantes de la mortalité infanto-juvénile mais la diminution la plus importante a concerné la mortalité des enfants entre 1 et 5 ans. En effet, la mortalité juvénile a enregistré une baisse de 50 %, passant de 14 ‰ à 10-14 ans avant l'enquête à 7 ‰ 0-4 ans avant l'enquête. Au cours de la même période, la mortalité infantile a enregistré une baisse de 35 %, passant de 62 ‰ à 40 ‰. De ses deux composantes, c'est la mortalité post néonatale qui a le plus régressé (50 %) alors que la mortalité néonatale diminuait de 29 %, passant de 38 ‰ à 27 ‰.

Les graphiques 11.1 et 11.2 permettent également de comparer les tendances de la mortalité infantile et juvénile selon quatre enquêtes, couvrant une période allant de 1975 (année centrale de la période 10-14 ans avant l'ENPS-I de 1987) à 2001 (année centrale de la période 0-4 ans avant l'EPSF 2003-2004). Malgré de très légers écarts, les quotients de mortalité infantile et juvénile estimés par l'EPSF correspondent aux estimations des enquêtes précédentes, ce qui témoigne d'une bonne qualité des données. De plus, la comparaison des données de ces enquêtes confirme la tendance régulière à la baisse de la mortalité au Maroc.

11.3 MORTALITÉ DIFFÉRENTIELLE

L'étude des niveaux et des tendances de la mortalité infanto juvénile et de ses composantes, à l'échelle nationale, est très utile pour l'élaboration et l'évaluation d'une politique sanitaire nationale.

Caractéristiques socio-économiques et démographiques

Les variations de la mortalité de la petite enfance selon certaines caractéristiques socio-économiques telles que le milieu de résidence, le niveau d'instruction de la mère et le quintile de bien-être du ménage dans lequel vit l'enfant sont l'objet de cette sous-section. Les résultats sont présentés au tableau 11.3. Les résultats font référence à une période de 10 ans dans le but de disposer d'effectifs suffisants pour permettre le calcul de quotients fiables pour l'étude de la mortalité parmi les sous-groupes de population.

Tableau 11.3 Taux de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Quotient de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période de 10 ans précédant l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-démographiques de la mère, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale[1] (PNN)	Mortalité Infantile ($_1q_0$)	Mortalité juvénile ($_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$)
Milieu de résidence					
Urbain	24	9	33	5	38
Rural	33	22	55	15	69
Niveau d'instruction					
Aucune instruction	33	19	52	11	63
Primaire	21	11	33	10	42
Secondaire et plus	17	6	23	4	27
Quintile de bien-être					
Le plus pauvre	38	24	62	16	78
Second	31	22	53	13	65
Moyen	25	12	37	10	47
Quatrième	23	11	33	4	37
Le plus riche	19	5	24	2	26

[1] Calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale.

On constate des écarts importants entre les milieux de résidence, le milieu rural se caractérisant par des niveaux de mortalité beaucoup plus élevés qu'en urbain. En effet, la mortalité infanto juvénile y est pratiquement deux fois plus élevée (1,8 fois) qu'en urbain (69 ‰ contre 38 ‰). On constate les mêmes écarts concernant la mortalité infantile (55 ‰ contre 33 ‰) ; quant à la mortalité juvénile (15 ‰ contre 5 ‰), elle y est trois fois plus élevée. Les niveaux de mortalité néonatale et post néonatale y sont également beaucoup plus élevés, (respectivement, 33 ‰ contre 24 ‰ et 22 ‰ contre 9 ‰).

Les taux de mortalité des enfants sont aussi fortement influencés par le niveau d'instruction de la mère, les taux diminuant au fur et à mesure que le niveau d'instruction de la mère augmente. Par rapport aux enfants dont la mère a un niveau secondaire ou plus, le taux de mortalité infantile des enfants dont la mère n'a pas d'instruction est plus de deux fois plus élevé (52 ‰ contre 23 ‰). En ce qui concerne la mortalité juvénile, on constate que l'écart est encore plus important (11 ‰ contre 4 ‰). Globalement, le niveau de la mortalité infanto-juvénile est estimés à 63 ‰ pour les enfants dont la mère n'a pas d'instruction contre 27 ‰ pour ceux dont la mère a un niveau secondaire ou plus. De même, entre le premier et le douzième mois, un enfant dont la mère est sans instruction court un risque de décéder plus de trois fois plus élevé que celui dont la mère a un niveau d'instruction au moins secondaire (19 ‰ contre 6 ‰).

Les niveaux de la mortalité des enfants sont aussi étroitement liés au niveau de bien-être du ménage dans lequel vit l'enfant. Le taux de mortalité infanto-juvénile des enfants nés dans les ménages du quintile le plus pauvre est trois fois plus élevé que celui des enfants des ménages du quintile le plus riche (78 ‰ contre 26 ‰) (graphique 11.3).

***Graphique 11.3* Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans selon le quintile de bien-être du ménage**

Mortalité néonatale
Post-néonatale
Infantile
Juvénile
Infanto-juvénile
0 20 40 60 80 100
Taux de mortalité (pour mille)
Le plus pauvre Second Moyen Quatrième Le plus riche

EPSF Maroc 2003-04

Le tableau 11.4 présente les quotients de mortalité selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Du point de vue du sexe de l'enfant, on observe, à l'exception d'une légère surmortalité des filles entre 1 et 5 ans (11 ‰ contre 9 ‰), une surmortalité des garçons. Le quotient de mortalité infanto-juvénile est estimé à 59 ‰ chez les garçons contre 48 ‰ chez les filles.

La taille de l'enfant à la naissance influe de manière très nette la probabilité de survie de l'enfant. Pour toutes les naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, on dispose de l'estimation de la mère concernant la taille de l'enfant à sa naissance : les enfants sont donc répartis en fonction de la perception de la mère selon les catégories suivantes : petit ou très petit, moyen ou gros. Le quotient de mortalité infantile est particulièrement élevé chez les enfants considérés à la naissance comme étant petits ou très petits ; en effet, il est trois fois plus élevé chez ces enfants que chez ceux qui ont été perçus comme étant moyen ou gros (75 ‰ contre 25 ‰).

Tableau 11.4 Taux de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques démographiques de la mère et des enfants

Quotient de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période de 10 ans précédant l'enquête, selon certaines caractéristiques démographiques de la mère et des enfants, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique démographique	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN)[1]	Mortalité Infantile ($_1q_0$)	Mortalité juvénile ($_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$)
Sexe de l'enfant					
Masculin	33	18	51	9	59
Féminin	23	14	37	11	48
Âge de la mère à la naissance					
<20	44	24	68	10	77
20-29	29	15	44	10	54
30-39	23	15	38	10	47
40-49	31	14	44	9	53
Rang de naissance					
1	32	13	45	7	51
2-3	26	13	40	10	50
4-6	27	18	46	8	53
7+	30	24	54	20	73
Intervalle avec la naissance précédente[2]					
<2 années	46	27	74	20	93
2 années	24	17	41	13	53
3 années	22	16	38	10	47
4+ années	19	10	30	4	33
Taille à la naissance[3]					
Petit ou très petit	56	19	75	na	na
Moyen ou gros	15	11	25	na	na

na = Non applicable
[1] Calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale.
[2] Non compris les naissances de rang 1.
[3] Quotients pour la période de cinq ans avant l'enquête.

Les autres caractéristiques présentées au tableau 11.4 concernent le comportement procréateur des mères. On constate tout d'abord que c'est parmi les enfants dont la mère a moins de 20 ans que les taux de mortalité sont les plus élevés (taux de mortalité infanto-juvénile de 77 ‰ contre 47 ‰ à 30-39 ans).

En outre, on remarque, selon le rang de naissance, que les enfants de rang 7 ou plus courent des risques de décéder plus élevés que ceux des rangs inférieurs. En particulier, le quotient de mortalité juvénile est pratiquement trois fois plus élevé parmi les enfants de rang 7 ou plus que parmi ceux de rang 1 (20 ‰ contre 7 ‰). De même, les risques de décéder entre le premier et le douzième mois sont pratiquement deux fois plus élevés pour un enfant de rang 7 ou plus que pour un enfant de rang 1 (24 ‰ contre 13 ‰).

En ce qui concerne l'intervalle entre naissance, on constate que les risques de décéder sont beaucoup plus élevés parmi les enfants dont la naissance s'est produite moins de deux ans après la naissance précédente. En particulier, le quotient de mortalité juvénile est cinq fois plus élevé parmi les enfants dont l'intervalle intergénésique est inférieur à 2 ans que parmi ceux dont la naissance a été précédée d'un intervalle d'au moins 4 années (20 ‰ contre 4 ‰). Rappelons que selon les résultats de l'enquête, 17 % des enfants sont nés moins de deux ans après la naissance précédente.

Statut de la femme

Le tableau 11.5 présente les différents quotients de mortalité des enfants selon certains indicateurs du statut de la femme à savoir sa participation aux prises de décision dans le ménage, son opinion concernant les raisons justifiant qu'un mari batte son épouse et son opinion concernant les raisons justifiant qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari.

Tableau 11.5 Taux de mortalité des enfants selon les indicateurs du statut de la femme

Quotient de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période de 10 ans précédant l'enquête, selon les indicateurs du statut de la femme, EPSF Maroc 2003-04

Indicateur du statut de la femme	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale[1] (PNN)	Mortalité Infantile ($_1q_0$)	Mortalité juvénile ($_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$)
Nombre de décisions prises par la femme[2]					
0	33	17	50	11	60
1-2	28	16	44	11	55
3-4	28	18	47	7	53
5	28	14	42	10	51
Nombre de raisons justifiant de refuser les rapports sexuels avec le mari					
0	34	28	62	29	88
1-2	31	17	48	12	59
3-4	27	14	41	8	49
Nombre de raisons justifiant qu'un homme batte sa femme					
0	22	10	32	8	40
1-2	26	13	39	7	46
3-4	28	18	46	12	57
5	37	22	59	12	71

[1] Calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale.
[2] Soit seule ou en commun avec quelqu'un d'autre.

Les résultats montrent que ce sont les enfants dont la mère a été impliquée dans un nombre élevé de décisions dans le ménage qui courent les risques les plus faibles de décéder : par exemple, le taux de mortalité infanto-juvénile pour les enfants dont la mère a été associée à 5 décisions est de 51 ‰ contre 60 ‰ pour ceux dont la mère n'a participé à aucune décision. De manière similaire, ce sont les enfants des femmes qui pensent que pour 3-4 raisons, il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son époux qui ont les niveaux de mortalité les plus faible (49 ‰ contre 88 ‰ entre 0 et 5 ans). Enfin, le niveau de mortalité infanto-juvénile des enfants dont la mère pense que pour aucune raison, il est justifié qu'un mari batte sa femme est de 40 ‰ contre 71 ‰ pour ceux dont la mère pense que pour 5 raisons, un tel comportement est justifié.

11.4 MORTALITÉ PÉRINATALE ET GROUPES À HAUTS RISQUES

Mortalité périnatale

La mortalité périnatale concerne l'ensemble de la mortinatalité et de la mortalité néonatale précoce (somme des mortinaissances qui se sont produites à sept mois de grossesse révolus ou plus et décès d'enfants nés vivant survenus à moins de 7 jours) divisée par le nombre total de grossesses qui parviennent à 7 mois. Les causes de mortinatalité et de mortalité néonatale précoce sont similaires (prématurité, malformations congénitales et problèmes obstétriques).

Le tableau 11.6 présente les taux de mortalité périnatale ainsi que l'effectif de mort-nés et de décès néonatals précoces déclarés par les femmes pour la période des cinq années ayant précédé l'enquête. Le taux de mortalité périnatale est estimé à 35 pour mille grossesses de sept mois ou plus. C'est parmi les grossesses dont l'intervalle avec la précédente est inférieur à 15 mois (56 ‰) et parmi les grossesses de mère de 40-49 ans (52 ‰) que le taux de mortalité périnatale est le plus élevé. En outre, on constate que ce taux est particulièrement élevé dans les ménages du quintile le plus pauvre (48 ‰ contre 26 ‰ pour le plus riche) ; il est aussi plus élevé en rural qu'en urbain (40 ‰ contre 30 ‰) et parmi les femmes sans instruction (40 ‰) par rapport à celles ayant un niveau secondaire ou plus (18 ‰).

Tableau 11.6 Mortalité périnatale

Nombre de morts-nés, de décès néonatals précoces, et taux de mortalité périnatale pour la période des cinq années ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	Effectif de mort-nés[1]	Effectifs de décès néonatals précoces[2]	Taux de mortalité périnatale[3]	Effectif de grossesses de 7 mois ou plus
Âge de la mère à la naissance				
<20	8	17	45	567
20-29	48	61	35	3 087
30-39	34	30	30	2 177
40-49	11	5	52	314
Intervalle avec la grossesse précédente (en mois)				
Première grossesse	33	33	42	1 549
<15	7	17	56	421
15-26	14	13	29	945
27-38	16	15	31	1 017
39+	32	36	31	2 213
Milieu de résidence				
Urbain	45	49	30	3 097
Rural	57	65	40	3 048
Niveau d'instruction				
Aucune instruction	72	84	40	3 855
Primaire	20	20	36	1 106
Secondaire et plus	11	10	18	1 184
Quintile de bien-être				
Le plus pauvre	34	36	48	1 460
Second	19	26	32	1 403
Moyen	24	24	38	1 256
Quatrième	17	10	27	1 018
Le plus riche	8	18	26	1 007
Ensemble	102	114	35	6 145

[1] Les morts-nés sont des décès fœtaux qui se sont produits à 7 mois ou plus de grossesse.
[2] Les décès néonatals précoces sont des décès qui se sont produits à 0-6 jours parmi les enfants nés vivants.
[3] La somme du nombre de morts-nés et de décès néonatals divisée par le nombre de grossesses de 7 mois ou plus.

Groupes à hauts risques

Des recherches ont démontré qu'il y a de fortes corrélations entre le comportement procréateur de la mère et les risques de décéder de l'enfant. L'objectif de cette section est d'identifier les comportements qui sont associés à des risques élevés de mortalité et d'indiquer la proportion des naissances qui se produisent dans ces catégories à hauts risques évitables. Pour les besoins de l'analyse, une mère est considérée comme « relativement jeune » si elle est âgée de moins de 18 ans, et comme « relativement âgée » si elle a plus de 34 ans. « Un intervalle intergénésique est considéré comme étant court quand les

naissances se produisent à moins de 24 mois de la naissance précédente et un enfant est considéré comme de « rang élevé » quand la mère a déjà donné naissance à trois enfants.

Le tableau 11.7 présente une classification des naissances des cinq dernières années selon les catégories à hauts risques, définies ci-dessus, auxquelles elles appartiennent. Les naissances de rang 1 des femmes de 18 à 34 ans sont présentées séparément. Ces naissances, bien que comportant un risque élevé de mortalité, ne peuvent être classées dans une catégorie à risques évitables.

Il ressort du tableau 11.7 que 30 % des naissances des cinq années ayant précédé l'enquête ne correspondent à aucune catégorie à haut risque unique identifié, 24 % correspondent à des risques élevés parce qu'elles sont de rang 1 mais elles sont inévitables, 30 % correspondent à une catégorie à haut risque unique et enfin 17 % correspondent à une catégorie à haut risque multiple. Pour évaluer le risque supplémentaire que font courir aux enfants certains comportements procréateurs des mères, des « rapports de risque » ont été calculés en prenant comme référence les naissances n'appartenant à aucune catégorie à haut risque. Le rapport de risque est donc le rapport de la proportion d'enfants décédés dans chaque catégorie à haut risque à la proportion d'enfants décédés dans la catégorie sans risque.

Les naissances de rang 1 ne sont pas évitables mais même lorsqu'elles n'interviennent pas à un âge trop précoce ou trop tardif, elles apparaissent ici comme étant des naissances à risques puisque le risque de décéder pour un enfant de rang 1 dont la mère est âgée de 18 à 34 ans est supérieur de 7 % à la catégorie de référence.

Un enfant appartenant à une catégorie quelconque à haut risque unique (non compris les naissances de rang 1) court un risque de décéder 1,33 fois supérieur à un enfant n'appartenant à aucune catégorie à haut risque. La fécondité précoce apparaît ici comme étant un facteur de risque important puisque les enfants issus de ces jeunes femmes courent un risque de décéder 1,89 fois plus élevé que les enfants de la catégorie de référence. De même, un enfant de rang élevé court un risque de décéder 1,39 fois plus important qu'un enfant appartenant à la catégorie de référence. En outre, on constate au tableau 11.7 qu'un enfant appartenant à une catégorie à hauts risque multiple court un risque de décéder 1,26 fois plus important que la catégorie de référence : les enfants dont la mère a moins de 18 ans et dont l'intervalle avec la naissance précédente est inférieur à 24.mois sont particulièrement exposés (risque de 2,60 fois plus élevé que la catégorie de référence). Il en est de même des enfants de rang supérieur à 3 et dont l'intervalle intergénésique est inférieur à 24 mois (risque de 2,24 fois plus élevé que la catégorie de référence.

À partir de cette analyse du comportement procréateur à haut risque, on a essayé de déterminer la proportion de femmes actuellement en union qui, potentiellement, pourraient avoir un tel comportement. Pour cela, à partir de l'âge actuel des femmes, de l'intervalle écoulé depuis la dernière naissance et du rang de leur dernière naissance, on détermine dans quelle catégorie se situerait la prochaine naissance, si chaque femme concevait un enfant au moment de l'enquête. Il s'agit donc d'une simulation qui, à partir de l'âge actuel de la femme, du temps écoulé depuis la dernière naissance et de la parité, cherche à déterminer quelles proportions de futures naissances entreraient dans la catégories à risque et ce en l'absence de tout comportement de régulation de la fécondité Bien que certaines de ces femmes aient une faible probabilité de concevoir parce que, soit elles utilisent une méthode contraceptive, soit elles se trouvent en insusceptibilité postpartum ou en abstinence, elles se trouvent néanmoins incluses dans cette analyse. Par exemple, une femme de 37 ans au moment de l'enquête qui a déjà eu quatre enfants, la dernière s'étant produite il y a trois ans serait classée dans la catégorie à risque multiple parce qu'elle est trop âgée (35 ou plus) et à risque d'avoir un nombre élevé d'enfants (supérieur à 3).

Tableau 11.7 Comportement procréateur à hauts risques

Répartition (en %) des enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, rapport de risques et répartition (en %) des femmes actuellement mariées à risque de concevoir un enfant à hauts risques de mortalité, selon les catégories à hauts risques de mortalité, EPSF Maroc 2003-04

Catégories à hauts risques	Naissances des 5 années précédant l'enquête		Pourcentage de femmes actuellement mariées[1]
	Pourcentage de naissances	Ratio de risques	
Dans aucune catégorie à haut risque	29,6	1,00	19,5[a]
Catégorie à haut risque inévitable			
Naissances de premier rang entre 18 et 34 ans	23,5	1,07	7,2
Catégorie à haut risque unique			
Âge des mères <18	2,6	1,89	0,8
Âge des mères >34	5,2	1,08	10,7
Intervalle intergénésique <24 mois	6,6	1,16	7,6
Rang de naissance >3	15,7	1,39	10,0
Sous total	30,2	1,33	29,1
Catégorie à hauts risques multiples			
Âge <18 et intervalle intergénésique <24 mois[2]	0,2	2,60	0,1
Âge >34 et intervalle intergénésique <24	0,4	1,27	0,7
Âge >34 et rang de naissance >3	11,4	1,03	35,7
Âge >34 et intervalle intergénésique <24 mois et rang >3	1,6	0,77	2,9
Intervalle intergénésique <24 mois et rang de naissance >3	3,2	2,24	4,8
Sous total	16,8	1,26	44,2
Dans une catégorie à hauts risques	46,9	1,31	73,3
Total	100,0	na	100,0
Nombre de naissances	6 043	na	8 782

Note : Le rapport de risque est le rapport de la proportion d'enfants décédés parmi les enfants appartenant à chaque catégorie à hauts risques, à la proportion d'enfants décédés parmi les enfants *n'appartenant à aucune catégorie à hauts risques*.
na = Non applicable.
[1] Les femmes sont classées dans les catégories à hauts risques selon le statut qu'elles auraient à la naissance de l'enfant si l'enfant était conçu au moment de l'enquête: âge actuel inférieur à 17 ans et 3 mois ou supérieur à 34 ans et 2 mois, ou la dernière naissance a eu lieu dans les 15 derniers mois, ou la dernière naissance était de rang 3 ou plus.
[2] Y compris la catégorie: *âge < 18 ans et rang de naissance >3.*
[a] Y compris les femmes stérilisées.

Globalement, il apparaît que seulement 20 % des enfants à naître seraient alors des enfants n'appartenant à aucune catégorie à haut risque et que 73 % appartiendraient à une catégorie à haut risque : 29 % des enfants à naître appartiendraient à une catégorie de haut risque unique alors que 44 % appartiendraient à une catégorie à haut risque multiple. Cette proportion est nettement supérieure à celle observée chez les enfants déjà nés (47 %).

ÉTAT DE SANTÉ DES FEMMES ET MORBIDITÉ REPRODUCTIVE 12

Dr Ahmed Abdelmoneim et Mustapha Azelmat

Au cours de l'EPSF, par le biais de certaines questions, on a cherché à évaluer l'état de santé des femmes non célibataires âgées de 15-49 ans. Ce chapitre est consacré à l'examen des données concernant la fréquence de certaines maladies parmi les femmes. Étant donné l'importance de ces résultats dans l'élaboration des politiques et des programmes sanitaires nécessaires pour l'amélioration de l'état de santé de la population en général et de la santé reproductive en particulier, la collecte de ces données a constitué une des priorités de l'EPSF. Ces résultats seront également très utiles pour la mise en place de services socio sanitaires en faveur des femmes.

12.1 ÉTAT DE SANTE DES FEMMES

Au cours de l'enquête, on a donc demandé aux femmes leur opinion concernant leur état de santé. Selon les résultats présentés au tableau 12.1, on constate que 44 % ont répondu que leur état de santé était normal et environ un quart (26 %) le considère comme étant bon. Une très faible proportion de femmes ont déclaré qu'elles étaient en très bonne santé (2 %). À l'opposé, 26 % des femmes ont répondu qu'elles pensaient que leur état de santé était mauvais et dans 1 % des cas, qu'il était même très mauvais.

Les résultats selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction ne mettent pas en évidence de différences significatives, tout au plus peut-on signaler que les femmes sans instruction sont, en proportion, un peu plus nombreuses à se déclarer en mauvaise santé que les autres femmes (28 % contre 23 % pour celles ayant un niveau primaire et 21 % pour celles ayant un niveau secondaire) et moins nombreuses que les autres à penser que leur état de santé est bon (24 % contre 30 % pour celles ayant un niveau secondaire).

Tableau 12.1 Évaluation de l'état de santé des femmes non célibataires

Répartition (en %) des femmes 15-49 ans non célibataires par l'évaluation de leur état de santé, selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction, ENPS Maroc 2003-2004

Caractéristique socio-démographique	Etat de santé: Très mauvais	Mauvais	Normale	Bonne	Très bonne	Autre/ manquant	Total	Effectif
Milieu de résidence								
Urbain	1,2	25,2	44,3	27,1	2,2	0,1	100,0	5 651
Rural	1,6	27,3	44,1	24,9	2,0	0,0	100,0	4 073
Niveau d'instruction								
Aucune instruction	1,5	28,4	44,0	24,3	1,7	0,1	100,0	6 160
Primaire	1,6	23,3	43,0	29,3	2,7	0,1	100,0	1 714
Secondaire et plus	0,8	20,8	46,0	29,6	2,9	0,0	100,0	1 850
Ensemble	1,4	26,1	44,2	26,2	2,1	0,1	100,0	9 724

Par ailleurs, on a demandé aux femmes de comparer leur état de santé au moment de l'enquête à celui de l'année passée. Les résultats sont présentés au tableau 12.2. On constate que dans 55 % des cas, les femmes considèrent qu'il est identique. Dans 11 % des cas, il est meilleur et enfin pour 34 % des femmes, l'état de santé s'est dégradé et il est plus mauvais.

Les résultats selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction ne font pas apparaître de différences significatives. Tout au plus peut-on souligner que ce sont les femmes sans instruction qui considèrent le moins fréquemment que leur état de santé est meilleur à celui de l'année passée. (9 % contre 12 % pour celles ayant un niveau primaire et 16 % pour celles ayant un niveau secondaire ou plus).

Tableau 12.2 Comparaison de l'état de santé actuel par rapport à celui de l'année passée

Répartition (en %) des femmes 15-49 ans non célibataires par la comparaison de leur état de santé actuel par rapport à celui de l'année passée, selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	Etat de santé actuel par rapport à celui de l'année passée				Total	Effectif
	Amélioré	Égal	Pire	Autre/ ND		
Milieu de résidence						
Urbain	12,4	52,1	35,3	0,2	100,0	5 651
Rural	8,8	59,1	32,0	0,1	100,0	4 073
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	8,9	56,1	34,8	0,2	100,0	6 160
Primaire	12,3	54,4	33,2	0,1	100,0	1 714
Secondaire et plus	16,1	52,0	31,6	0,3	100,0	1 850
Ensemble	10,9	55,1	33,9	0,2	100,0	9 724

12.2 MALADIES CHRONIQUES

Au cours de l'enquête, on a demandé aux femmes si elles souffraient ou si elles avaient souffert dans le passé de certaines maladies; de manière chronique ; dans le cas d'une réponse positive, on a cherché à savoir si cette maladie avait été diagnostiquée par un médecin ou une infirmière et quel âge avait l'enquêtée la première fois que cette maladie s'était déclarée. On a également demandé aux femmes si elles suivaient actuellement un traitement régulier. À la différence des résultats sur les maladies déclarées par les femmes qui portent sur les maladies actuelles et passées, les résultats concernant le traitement ne portent que sur le traitement actuel et les femmes qui ont suivi un traitement dans le passé mais qui ne font plus l'objet d'un suivi médical parce qu'elles sont guéries ne sont donc pas prises en compte ici. Par conséquent, à cette question, de nombreuses femmes ont pu répondre de manière négative bien qu'elles aient suivi, au moment où elles étaient malades, un traitement pour la maladie qu'elles ont déclarée à l'enquête. Les réponses à cette question doivent donc être interprétées avec prudence. On constate tout d'abord au tableau 12.3 qu'un peu plus d'une femme sur dix (12 %) a déclaré souffrir ou avoir souffert de maladies chroniques. Les maladies dont les femmes ont déclaré le plus fréquemment souffrir ou avoir souffert sont, par ordre d'importance, l'arthrose (7 %), l'anémie (6 %) et l'hypertension (5 %). En outre, les résultats montrent que quelle que soit la maladie, la quasi-totalité des femmes ont reçu un diagnostic médical. En ce qui concerne le traitement actuel, on constate des variations selon les maladies. En effet, dans 75 % des cas, les femmes ont déclaré être actuellement traitées pour le diabète ainsi que pour la rubéole. Par contre, seulement 7 % des femmes suivent actuellement un traitement pour la tuberculose.

Tableau 12.3 Pourcentage de femmes non célibataires atteintes d'une maladie

Pourcentage de femmes non célibataires de 15-49 ans atteintes d'une maladie, et pourcentage de celles diagnostiquées ou traitées régulièrement, EPSF Maroc 2003-04

Maladie	Pourcentage de femmes: Atteintes de maladies	Pourcentage de femmes: Diagnostiquées par un médecin	Pourcentage de femmes: Traitées régulièrement	Effectif de femmes malades	Effectif de femmes
Tuberculose	1,5	97,6	7,2	145	9 724
Diabète	1,9	99,2	74,6	185	9 724
Hypertension	5,2	97,2	38,5	509	9 724
Rubéole	1,9	96,0	75,4	186	9 724
Cardiopathie	2,6	94,9	54,5	258	9 724
Arthrose	6,5	86,5	40,3	629	9 724
Maladie du foie	3,3	67,4	6,4	324	9 724
Maladie des reins	4,1	94,9	31,5	399	9 724
Ulcère d'estomac	3,2	94,9	49,4	312	9 724
Anémie	5,8	97,6	25,4	565	9 724
Hyperthyroïdie	1,9	87,5	32,8	188	9 724
Autre	11,8	91,8	45,8	1 151	9 724

12.3 MALADIES DE L'APPAREIL GÉNITAL ET URINAIRE

On a également demandé aux femmes si elles avaient eu, au cours des trois derniers mois, des problèmes urinaires ou génitaux. Le tableau 12.4 présente les proportions de femmes ayant présenté des symptômes de ces maladies. Environ une femme sur sept (15 %) a déclaré avoir eu des symptômes caractéristiques d'une infection urinaire. On ne constate pas d'écarts importants selon les différentes variables. Par ailleurs, dans 12 % des cas, les femmes ont déclaré avoir eu au cours des trois derniers mois, des symptômes d'une infection de l'appareil génital. Il n'y a pas non plus de variation importante en fonction des différentes caractéristiques des femmes, tout au plus peut-on souligner que les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus ont moins fréquemment déclaré avoir ressenti de tel symptômes (9 % contre 12 % pour les autres femmes). En outre, neuf pour cent des femmes ont ressenti des symptômes pouvant indiquer un prolapsus : il semble que la survenue de ces symptômes soit influencée par le nombre d'enfants de la femme puisque la proportion ayant déclaré avoir eu de tels symptômes varie d'un minimum de 7 % chez celles ayant 1-2 enfants à un maximum de 11 % chez celles en ayant au moins 3.

Tableau 12.4 Pourcentage de femmes non célibataires présentant des symptômes indiquant des maladies

Pourcentage des femmes non célibataires 15-49 ans présentant des symptômes indiquant des maladies, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

	Pourcentage de femmes présentant des symptômes indiquant				
Caractéristique socio-démographique	Prolapsus	Incontinence urinaire	Infection urinaire	Infection du col d'utérus	Effectif
Nombre d'enfants vivants					
Aucun	2,2	6,9	15,8	12,7	1 094
1-2	7,4	7,5	13,0	11,1	3 362
3-5	10,5	9,3	14,6	11,3	3 525
6 ou plus	10,6	9,5	16,7	12,7	1 743
Milieu de résidence					
Urbain	9,2	10,1	13,6	11,6	5 651
Rural	7,6	6,1	15,9	11,8	4 073
Niveau d'instruction					
Aucune instruction	8,3	7,2	15,5	12,3	6 160
Primaire	8,7	11,2	14,5	11,7	1 714
Secondaire et plus	9,2	10,0	11,2	9,3	1 850
Ensemble	8,5	8,4	14,5	11,7	9 724

Aux femmes qui avaient déclaré avoir éprouvé des symptômes pouvant signifier un prolapsus, on a demandé si elles avaient consulté quelqu'un pour être traitées et si oui, à qui elles s'étaient adressées. Les résultats sont présentés au tableau 12.5 selon le milieu de résidence. On constate tout d'abord que près d'une femme malade sur deux (47 %) n'a consulté personne. En milieu rural, cette proportion est de 55 % contre 42 % en urbain. Quand elles ont recherché un traitement, les femmes se sont adressées dans près d'un tiers des cas à un médecin privé (31 %) et dans 13 % des cas, elles se sont rendues dans un centre de santé. En outre six pour cent des femmes sont allées dans un hôpital et 4 % se sont adressées aux parents et amis. On note des variations entre les milieux de résidence. En urbain, la proportion de femmes qui ont consulté un médecin privé est nettement supérieure à celle observée en rural (35 % contre 24 %). Par contre, les femmes ont été, en proportion, plus nombreuses à se rendre dans un centre de santé en milieu rural qu'en urbain (15 % contre 11 %). Par ailleurs, demander des conseils aux parents et amis est plus fréquent en urbain qu'en rural (6 % contre moins d'un pour cent). Les praticiens traditionnels sont très peu consultés, cela quel que soit le milieu de résidence.

Tableau 12.5 Pourcentage de femmes non célibataires souffrant de prolapsus selon le lieu de consultation

Pourcentage de femmes non célibataires 15-49 ans souffrant de prolapsus, par milieu de résidence, selon le lieu de consultation, EPSF Maroc 2003-2004

	Milieu de résidence		Pourcentage souffrant de prolapsus
Lieu de consultation	Urban	Rural	
Hôpital	6,6	5,5	6,2
Centre de santé	11,4	14,5	12,6
Dispensaire	0,0	0,5	0,2
Clinique privée	1,8	0,8	1,4
Pharmacie	0,5	1,1	0,8
Médecin privé	35,2	24,2	31,1
Qabla	1,4	1,2	1,3
Fquih	0,4	0,2	0,3
Herboriste traditionnel	1,4	0,4	1,0
Parent(e)s, ami(e)s	5,6	0,5	3,7
Pas de consultation	41,7	54,6	46,5
Ensemble	518	309	827

Le tableau 12.6 présente le même type de résultats concernant les femmes souffrant d'incontinence urinaire. Plus d'une femme malade sur deux (57 %) n'a consulté personne pour son problème. Cette proportion est particulièrement élevée en rural (71 % contre 50 % en urbain). Quand elles ont consulté, c'est surtout à un médecin privé que les femmes se sont adressées (23 %) mais cette proportion est plus élevée en urbain qu'en rural (27 % contre 15 %). En outre, dans 9 % des cas, les femmes se sont rendues dans un centre de santé pour être soignées et cette proportion est aussi plus élevée en urbain qu'en rural (10 % contre 7 %).

Tableau 12.6 Pourcentage de femmes non célibataires souffrant d'incontinence urinaire selon le lieu de consultation

Pourcentage des femmes non célibataires de 15-49 ans souffrant d'incontinence urinaire, par milieu de résidence, selon le lieu de consultation, EPSF Maroc 2003-04

Lieu de consultation	Milieu de résidence		Pourcentage souffrant d'incontinence urinaire
	Urbain	Rural	
Hôpital	4,9	3,3	4,4
Centre de santé	10,2	6,6	9,1
Dispensaire	0,0	0,2	0,1
Clinique privée	2,4	0,7	1,9
Pharmacie	2,4	1,4	2,1
Médecin privé	27,0	14,7	23,3
Qabla	0,3	0,0	0,2
Fquih	0,3	0,0	0,2
Herboriste traditionnel	4,3	3,5	4,1
Parent(e)s, ami(e)s	2,1	0,0	1,5
Autre	0,1	0,0	0,1
Pas de consultation	50,3	70,6	56,5
Ensemble	572	249	820

La même question que les précédentes a été posée aux femmes qui ont déclaré avoir eu une infection urinaire au cours des trois derniers mois. Les résultats sont présentés au tableau 12.7. Ici aussi, on peut noter que plus de la moitié des femmes n'ont consulté personne (54 %) et que cette proportion est plus élevée en rural qu'en urbain (respectivement, 64 % contre 46 %). On constate que comme pour les deux maladies précédentes, les femmes ayant eu une infection urinaire se sont plus fréquemment adressées à un médecin privé (20 %) et à un centre de santé (15 %) pour recevoir un traitement.

Tableau 12.7 Pourcentage de femmes non célibataires souffrant d'infection urinaire selon le lieu de consultation			
Pourcentage des femmes non célibataires de 15-49 ans souffrant d'infection urinaire ou d'infection du col d'utérus, selon le lieu de consultation et le lieu de résidence, EPSF Maroc 2003-04			
	Milieu de résidence		Pourcentage souffrant d'infection urinaire
Lieu de consultation	Urbain	Rural	
Hôpital	3,8	2,4	3,2
Centre de santé	16,4	13,1	15,0
Dispensaire	0,3	1,3	0,7
Equipe mobile	0,0	0,1	0,0
Autre public	0,0	0,1	0,0
Clinique privée	1,4	0,2	0,9
Pharmacie	7,7	3,0	5,7
Médecin privé	24,0	13,4	19,5
Autre médical privé	0,1	0,6	0,3
Qabla	0,1	0,1	0,1
Fquih	0,1	0,0	0,1
Herboriste traditionnel	3,3	1,1	2,4
Parent(e)s, ami(e)s	0,4	0,5	0,5
Autre	0,7	0,1	0,4
Pas de consultation	45,7	64,0	53,5
Ensemble	1 125	827	1 951

12.4 TROUBLES DU CYCLE MENSTRUEL

Au cours de l'enquête, on a également demandé aux femmes si elles avaient eu pendant les trois derniers mois, des dysfonctionnements du cycle menstruel comme une durée plus longue des règles, des saignements plus abondants qu'en temps normal, des douleurs importantes et des cycles irréguliers. On peut lire les résultats au tableau 12.8. Dans 14 % des cas, les femmes ont déclaré avoir eu des cycles irréguliers et dans 12 % des cas, elles ont déclaré avoir eu de fortes douleurs. On constate que les femmes sans enfant, qui sont aussi probablement les femmes les plus jeunes, ont fréquemment déclaré avoir souffert de ce type de problèmes (17 % ont eu des cycles irréguliers et 25 % ont ressenti de fortes douleurs). En outre, des saignements excessifs ont été déclarés par 6 % des femmes et dans 6 % des cas, les femmes ont eu des règles qui ont duré plus longtemps que d'habitude. On ne constate pas de variation sensible des proportions selon les milieux de résidence ou le niveau d'instruction.

Tableau 12.8 Pourcentage de femmes non célibataires rapportant des troubles du cycle menstruel

Pourcentage de femmes non célibataires de 15-49 ans rapportant des troubles du cycle menstruel durant les trois derniers mois précédant l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	Troubles du cycle: A duré plus de 7 jours	Saignement aigu	Douleur aiguë	Cycle non régulier	Effectif de femmes ayant des règles
Nombre d'enfants vivants					
Aucun	4,7	6,8	24,6	16,7	864
1-2	4,4	4,5	11,5	10,8	2 855
3-5	6,4	6,6	10,7	14,4	3 106
6 ou plus	6,7	8,9	9,8	16,5	1 479
Milieu de résidence					
Urbain	6,2	6,5	12,8	15,0	5,002
Rural	4,6	6,0	11,5	11,9	3 303
Niveau d'instruction					
Aucune instruction	5,6	6,8	12,2	13,7	5 199
Primaire	6,0	6,0	13,8	15,0	1 462
Secondaire et plus	5,2	4,9	11,3	12,7	1 645
Ensemble	5,6	6,3	12,3	13,8	8 305

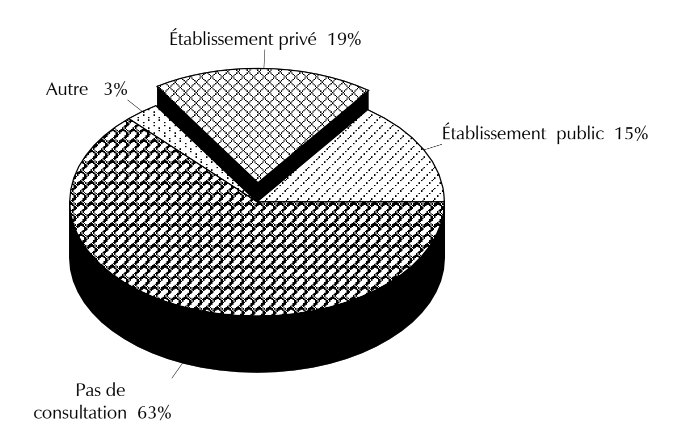
Le tableau 12.9 et le graphique 12.1 présentent les résultats concernant la recherche de traitement pour les troubles du cycle menstruel. Une proportion de femmes plus élevée que pour les autres maladies n'a consulté personne pour traiter ce type de problème (63 %). Les femmes qui n'ont consulté personne sont en proportion plus nombreuses en milieu rural qu'en urbain (71 % contre 59 %) ; de plus, les résultats montrent que la recherche de soins est influencée par le niveau d'instruction : plus les femmes sont instruites, plus elles consultent quelqu'un pour traiter ce genre de problème : 66 % des femmes sans instruction n'ont consulté personne contre 61 % parmi celles ayant un niveau primaire et 57 % parmi celles ayant un niveau secondaire ou plus. Quand elles ont consulté, les femmes se sont adressées un peu plus fréquemment à une source privée que publique (19 % contre 15 %). Ce sont les femmes ayant un niveau secondaire ou plus qui se sont adressées le plus fréquemment à une source privée pour consulter (29 % contre seulement 16 % parmi celles sans instruction).

Tableau 12.9 Pourcentage de femmes non célibataires rapportant des troubles du cycle menstruel par lieu de consultation

Pourcentage de femmes non célibataires de 15-49 ans rapportant des troubles du cycle mensuel durant les trois derniers mois précédant l'enquête, par lieu de consultation selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique	Lieu de consultation: Source publique	Source privée	Autre source	Pas de consultation	Effectif de femmes rapportant des troubles du cycle menstruel
Milieu de résidence					
Urbain	16,3	21,8	4,0	59,3	1 285
Rural	13,9	14,9	1,9	70,6	698
Niveau d'instruction					
Aucune instruction	16,9	16,0	3,0	65,9	1 227
Primaire	14,3	20,5	4,6	61,4	378
Secondaire et plus	11,7	29,2	2,7	56,7	379
Ensemble	15,4	19,4	3,3	63,3	1 984

Graphique 12.1 **Répartition des femmes ayant souffert de troubles du cycle menstruel selon le lieu de consultation**



EPSF Maroc 2003-04

12.5 LIEU DE PRESTATIONS DE SERVICE

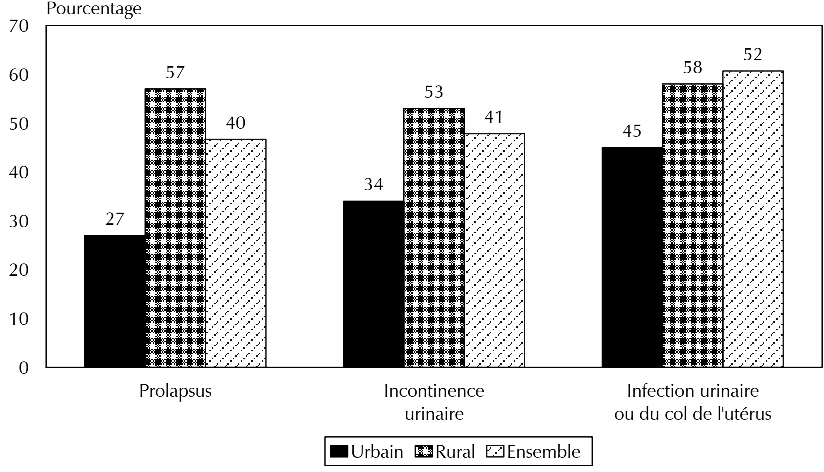
Le tableau 12.10 présente la répartition des femmes par lieu de prestation utilisé selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction. Au niveau global, on constate que 70 % des femmes se sont adressées à un prestataire public ; dans 59 % des cas, les femmes ont consulté une source privée et dans 4 % des cas, une autre source. Les femmes du milieu rural consultent plus fréquemment qu'en urbain un prestataire public que privé (77 % contre 46 %). En urbain, on ne constate pas d'écart important (66 % pour le public contre 69 % pour le privé). En fonction du niveau d'instruction, les résultats montrent que le recours à un prestataire privé augmente en fonction du niveau d'instruction de la femme : 50 % des femmes sans instruction ont consulté un prestataire privé contre 68 % parmi celles ayant un niveau primaire et 83 % parmi celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus. En ce qui concerne la consultation auprès d'un prestataire public, on constate la tendance inverse. Par ailleurs, le graphique 12.2 représente selon le milieu de résidence, les proportions de femmes ayant souffert de problèmes de l'appareil urinaire ou génital et qui n'ont consulté personne du fait du coût élevé ou de la non disponibilité de structures de consultation. Quel que soit le problème déclaré par les femmes, on constate qu'en milieu rural, les femmes ont beaucoup moins fréquemment consulté un prestataire de santé pour être soignées qu'en milieu urbain.

Tableau 12.10 Pourcentage des femmes non célibataires par lieu de prestations de service utilisé

Pourcentage des femmes non célibataires de 15-49 ans, par lieu de prestations de service utilisé selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	Lieu de prestations: Source publique	Source privée	Autre source	NSP/pas sûre	Effectif
Milieu de résidence					
Urbain	65,7	69,0	1,7	0,3	5 651
Rural	76,7	46,0	6,5	0,5	4 073
Niveau d'instruction					
Aucune instruction	76,9	50,0	5,0	0,5	6 160
Primaire	67,5	67,9	1,9	0,3	1 714
Secondaire et plus	50,7	82,8	1,1	0,3	1 850
Ensemble	70,3	59,4	3,7	0,4	9 724

Graphique 12.2 Pourcentage de femmes souffrant de troubles de l'appareil urinaire ou génital et n'ayant consulté personne à cause du coût élevé de la prestation ou de la non disponibilité de structure de consultation



MALADIES CHRONIQUES ET HANDICAPS 13

Mustapha Azelmat et Dr Ahmed Abdelmoneim

Au cours de l'enquête dans le ménage, des données sur les maladies chroniques et les handicaps concernant les hommes et les femmes ont été collectées. Les informations recueillies portent, non seulement sur la fréquence, mais aussi sur l'âge auquel a débuté la maladie ou le handicap, sur le type de maladie ou de handicap et sur les prestations médico sociales reçues par le handicapé. Les résultats sont présentés dans ce chapitre.

13.1 MALADIES CHRONIQUES

Le tableau 13.1 présente les proportions d'individus qui ont déclaré souffrir d'au moins une maladie ou deux maladies chroniques. Les résultats sont présentés selon le sexe et le milieu de résidence. Dans l'ensemble, on constate que 15 % des individus souffrent d'au moins une maladie et que 3 %, par contre, ont déclaré souffrir de deux maladies chroniques. La proportion de femmes ayant déclaré souffrir d'au moins une maladie chronique est un peu plus élevée que celle des hommes (18 % contre 12 %). En outre, les hommes et les femmes vivant en milieu urbain ont déclaré plus fréquemment que ceux du milieu rural qu'ils souffraient de maladies : 12 % des hommes et 20 % des femmes ont déclaré souffrir d'au moins une maladie contre, respectivement, 11 % et 15 % en milieu rural.

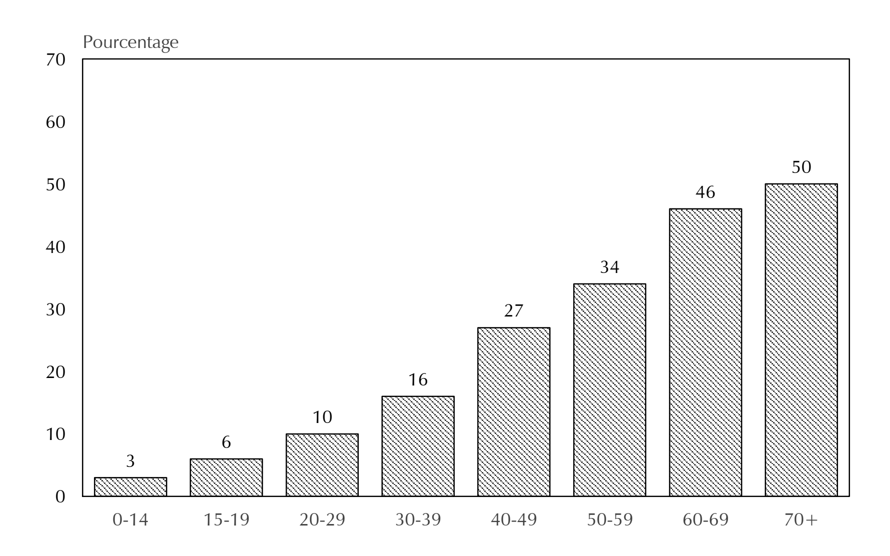
Tableau 13.1 Population des ménages présentant des maladies chroniques

Pourcentage de la population des ménages présentant des maladies chroniques, par milieu de résidence selon le sexe, EPSF Maroc 2003-04

	Urbain		Rural		Total		
Sexe	Au moins une maladie	Deux maladies	Au moins une maladie	Deux maladies	Au moins une maladie	Deux maladies	Effectif
Hommes	12,9	2,0	10,5	1,8	11,8	1,9	30 151
Femmes	19,9	5,1	14,1	3,2	17,5	4,3	32 664
Ensemble	16,6	3,7	12,3	2,4	14,8	3,2	62 815

Le graphique 13.1 qui présente les proportions de personnes souffrant d'au moins une maladie chronique selon l'âge met en évidence une tendance à l'augmentation des proportions de malades au fur et à mesure que l'âge augmente. À partir de 50 ans, plus du tiers des enquêtés (34 %) ont déclaré souffrir d'au moins une maladie chronique et à 70 ans et plus, cette proportion passe à 50 %.

Graphique 13.1 Proportion de personnes ayant déclaré avoir au moins une maladie chronique selon l'âge



Le tableau 13.2 présente la répartition des maladies dont ont déclaré souffrir les enquêtés. On constate que, quel que soit le sexe et quel que soit le milieu de résidence, les maladies les plus fréquemment citées sont, par ordre d'importance, dans 14 % des cas, l'arthrose, dans 11 % des cas, l'hypertension et dans 10 % des cas, le diabète. L'arthrose a été plus fréquemment citée par les femmes que par les hommes (15 % contre 11 %) ; de même, c'est une maladie qui affecte beaucoup plus les enquêtés du milieu rural qu'urbain (16 % contre 12 %). Par contre, le diabète est semble-t-il un peu plus fréquent chez les hommes que chez les femmes (12 % contre 10 %) et il affecte davantage les individus du milieu urbain que ceux du milieu rural (12 % contre 7 %).

Par ailleurs, les données sur les taux de prévalence de certaines maladies chroniques (tableau non montré) parmi la population des ménages de 15 ans et plus indiquent que l'arthrose vient en tête avec 29 pour mille (19 ‰ chez les hommes et 38 ‰ chez les femmes), suivie de l'hypertension avec 23 pour mille (12 ‰ chez les hommes et 32 ‰ chez les femmes) et du diabète avec 22 pour mille (pas de grande différence entre les deux sexes : 20 ‰ chez les hommes et 23 ‰ chez les femmes). La prévalence des autres maladies chroniques de 10 pour mille ou plus sont comme suit :

- l'ulcère gastrique avec 16 pour mille ;
- le saignement vaginal avec 12 pour mille ;
- la maladie des reins avec 12 pour mille également ;
- les maladies du cœur avec 11 pour mille ;
- les douleurs chroniques au dos avec 10 pour mille ; et
- l'allergie avec 10 pour mille également.

Tableau 13.2 Types de maladies chroniques

Répartition (en %) de la population des ménages atteinte de maladies chroniques selon le type de maladie, par milieu de résidence et sexe, EPSF 2003-2004 Maroc

Maladie	Milieu de résidence		Sexe		Ensemble
	Urbain	Rural	Hommes	Femmes	
Hypertension	10,8	9,9	7,0	12,6	10,5
Diabète	12,2	7,1	11,6	9,6	10,4
Ulcère gastrique	6,5	10,0	8,8	7,1	7,8
Anémie	4,0	1,6	1,7	4,1	3,2
Maladie du cœur	5,9	5,7	5,5	6,0	5,8
Cancer	0,6	0,3	0,5	0,5	0,5
Maladies des reins	5,1	6,7	5,8	5,6	5,7
Maladies du foie	1,1	0,7	0,8	1,1	0,9
Arthrose	12,2	16,4	11,2	15,2	13,7
Tuberculose	1,2	2,2	2,4	1,0	1,5
Céphalée chronique	3,6	6,1	3,4	5,2	4,5
AVC	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1
Epilepsie	1,1	0,8	1,2	0,8	1,0
Saignement vaginal	7,6	4,7	8,4	5,4	6,6
Cholestérol élevé	0,6	0,1	0,5	0,4	0,4
Maladies chroniques des poumons	0,4	0,6	0,9	0,2	0,5
Hyperthyroïdie	1,0	0,7	0,3	1,2	0,9
Hypothyroïdie	0,6	0,4	0,0	0,9	0,5
Maladie de la prostate	0,4	0,4	0,9	0,1	0,4
Hypertension oculaire	0,8	0,2	0,3	0,7	0,6
Trachome	1,9	3,6	3,3	2,0	2,5
Douleur chronique au dos	2,8	3,4	3,1	3,0	3,0
Maladie mentale	4,4	5,6	5,8	4,3	4,8
Dermatoses graves	1,7	2,4	2,5	1,6	1,9
Allergie	7,8	3,6	7,5	5,5	6,3
Autre	5,3	6,4	6,1	5,4	5,7
NSP	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2
ND	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	5 973	3 305	3 571	5 707	9 278

13.2 HANDICAPS

L'amélioration des conditions de vie des individus et des ménages, la disponibilité des services sanitaires adéquats, la disparition de certaines pratiques comme les mariages consanguins, devraient contribuer à faire diminuer la prévalence de certains handicaps. Au cours de l'enquête, des informations ont été collectées concernant la fréquence et la gravité du handicap ; de plus, la cause et l'âge auquel il est survenu ont également fait l'objet de questions.

Le tableau 13.3 qui présente le taux de handicap (en ‰) montre que, dans l'ensemble, sur 1 000 enquêtés, 17 ont déclaré présenter un handicap. Ce taux augmente de manière très nette au fur et à mesure que l'âge augmente : de 8 ‰ à 15-19 ans, le taux passe à 33 ‰ à 60-69 ans et à 73 ‰ à 70 ans et plus. En fonction du sexe, on constate que la proportion d'hommes handicapés est supérieure à celle des femmes (21 ‰ contre 14 ‰), cela quel que soit le milieu de résidence. Les données selon le milieu de résidence mettent en évidence une proportion de personnes handicapées légèrement supérieure en rural qu'en urbain (19 ‰ contre 16 ‰) (graphique 13.2).

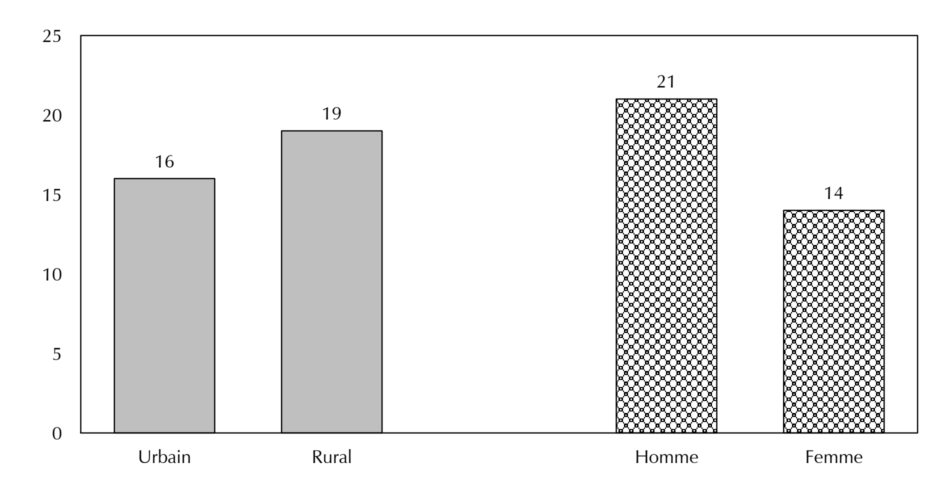
Tableau 13.3 Taux de handicap selon le groupe d'âge

Taux de handicap (pour mille) selon le groupe d'âges, par milieu de résidence et sexe, EPSF Maroc 2003-04

Groupe d'âge	Milieu de résidence						Sexe		Ensemble	Effectif
	Urbain			Rural						
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes		
0-14	6,8	5,8	6,3	10,7	8,4	9,6	8,7	7,0	7,9	19 859
15-19	15,7	7,6	11,4	13,8	14,2	14,0	14,8	10,4	12,5	6 797
20-29	21,5	9,8	15,2	13,6	10,8	12,1	18,2	10,2	13,9	11 256
30-39	19,4	11,6	15,1	29,3	21,5	25,2	23,1	15,1	18,8	8 506
40-49	25,5	13,5	19,2	33,5	19,0	25,7	28,4	15,5	21,5	6 997
50-59	28,9	20,1	24,5	35,8	21,8	28,5	31,6	20,8	26,1	4 278
60-69	37,3	30,2	33,5	45,7	21,6	33,3	41,0	26,5	33,4	2 804
70+	77,4	65,4	71,1	85,7	59,8	74,1	81,7	62,9	72,5	2 300
ND	*	*	*	*	*	*	*	*	*	18
Ensemble	19,9	12,7	16,1	22,3	15,4	18,8	20,9	13,8	17,2	62 815

* Basé sur trop peu de cas non-pondérés

Graphique 13.2 Taux (en pour mille) des handicaps selon le milieu de résidence et le sexe



EPSF Maroc 2003-04

Le tableau 13.4 présente les proportions de personnes présentant un handicap par type de handicap Les résultats montrent que dans 37 % des cas, les enquêtés ont déclaré être atteints de handicap moteur. Dans 17 % des cas, les enquêtés ont déclaré être atteints de retard mental et dans 14 % des cas, ils ont déclaré présenter une incapacité visuelle. On note que dans l'ensemble, à l'exception du handicap moteur et du retard mental, les femmes ont plus fréquemment déclaré que les hommes être atteintes de handicap. Les résultats selon le milieu de résidence montrent qu'à l'exception du handicap moteur et de la paralysie, les proportions de personnes atteintes de handicap sont plus élevées en rural qu'en urbain.

Tableau 13.4 Type de handicap

Parmi les personnes handicapées, pourcentage qui présente le type de handicap, par milieu de résidence et sexe, EPSF Maroc 2003-04

	Urbain			Rural			Total		
Type de handicap	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Vision	9,2	14,0	11,2	16,7	17,2	16,9	12,6	15,5	13,8
Audition	11,1	12,4	11,6	13,3	13,7	13,5	12,1	13,0	12,5
Compréhension/ communication	7,5	8,6	8,0	10,4	16,5	13,0	8,8	12,3	10,3
Handicap moteur	39,6	30,5	35,8	39,7	37,4	38,7	39,7	33,7	37,2
Retard mental	20,7	17,4	19,3	13,3	16,4	14,6	17,3	16,9	17,1
Paralysie	9,1	16,5	12,1	7,6	6,8	7,3	8,4	12,0	9,9
Autre	10,3	13,4	11,6	8,1	9,9	8,8	9,3	11,8	10,3
Effectif	340	240	580	291	212	503	631	452	1 083

Les résultats concernant la cause d'au moins un handicap sont présentés au tableau 13.5. On constate que dans 28 % des cas, le handicap est congénital ; dans 21 % des cas, il est consécutif à un accident. De plus, 7 % des handicaps sont dus à des maladies contagieuses et moins de 1 % sont consécutifs à un accouchement. Enfin, dans 4 % de cas, les enquêtés ont attribué leur handicap à des problèmes de jalousie et d'envoûtement. Il semble que les handicaps d'origine congénitale soient plus fréquents chez les femmes que chez les hommes (35 % contre 23 %) et en milieu rural qu'urbain (34 % contre 23 %). Par contre, les handicaps consécutifs à un accident sont beaucoup plus fréquents chez les hommes que chez les femmes (28 % contre 12 %) et en milieu urbain que rural (23 % contre 19 %). Il faut aussi souligner que 5 % des femmes ont déclaré que la cause de leur handicap était héréditaire et que cette proportion n'est que de 2 % chez les hommes.

Tableau 13.5 Cause du handicap

Répartition (en %) des personnes handicapées selon la cause du handicap, par milieu de résidence et sexe, EPSF Maroc 2003-04

	Milieu de résidence		Sexe		
Cause du handicap	Urbain	Rural	Hommes	Femmes	Ensemble
Héréditaire	4,0	1,9	1,7	5,0	3,0
Congénital	23,0	34,1	23,4	34,7	28,1
Dû à l'accouchement	1,1	0,7	0,6	1,4	0,9
Accidents	23,1	19,0	27,8	12,1	21,2
Contagion	8,9	5,6	7,4	7,3	7,4
Jalousie, envoûtement	4,1	3,7	4,1	3,6	3,9
Autre	27,4	26,9	25,9	29,0	27,2
NSP, Non déclaré	8,4	8,1	9,2	6,9	8,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	580	503	631	452	1 083

En ce qui concerne l'âge auquel l'individu a été handicapé, on constate au tableau 13.6 que dans 50 % des cas, le handicap est survenu à 29 ans et plus ; cependant, une proportion non négligeable d'individus (19 %) sont handicapés depuis l'âge de 0-4 ans, et c'est en urbain que cette proportion est la plus élevée (22 % contre 15 % en rural). Enfin, dans 10 % des cas, le handicap est survenu entre 5 et 14 ans. Les résultats selon le type de handicap montrent que quel que soit le handicap, dans la moitié des cas, il est survenu à 29 ans ou plus. Pour plus des deux tiers des personnes (67 %), l'incapacité visuelle a commencé à 29 ans et plus. De même, c'est à partir de cet âge que 63 % des personnes ont commencé à souffrir d'une incapacité auditive. On ne constate pas de différence significative entre les deux milieux de résidence.

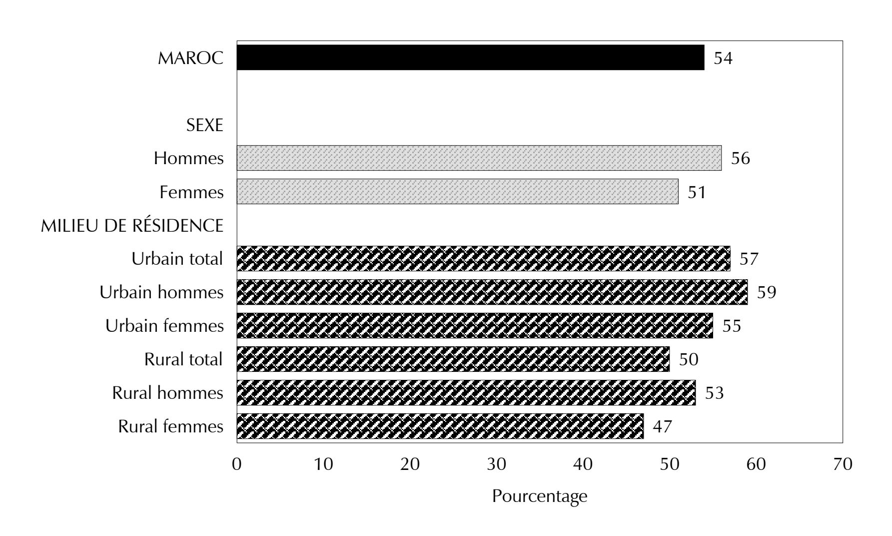
Tableau 13.6 Type de handicap selon l'âge

Répartition (en %) des personnes handicapées par type de handicap et milieu de résidence, selon l'âge auquel est survenu le handicap, EPSF Maroc 2003-04

Âge du handicap	Type du handicap						
	Visuel	Auditif	Compréhension communication	Handicap moteur	Retard mental	Suites de poliomyélite	Autre
URBAIN							
0-4	4,7	15,1	28,3	17,7	18,8	19,3	22,1
5-9	6,5	9,6	7,1	8,3	7,5	2,9	9,1
10-14	8,6	2,2	2,0	8,1	8,8	6,9	1,5
15-19	4,9	8,7	0,0	3,3	7,8	0,0	1,4
20-24	3,4	3,1	2,0	6,4	16,2	0,0	4,4
25-29	1,2	0,0	0,0	4,0	8,4	8,6	5,6
29+	70,6	58,8	60,5	49,3	30,4	58,1	43,8
NSP	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2	0,0	1,7
ND	0,0	2,6	0,0	2,8	0,0	4,2	10,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	65	67	46	208	112	70	67
RURAL							
0-4	11,6	11,9	31,4	18,9	19,6	17,2	14,7
5-9	11,7	10,6	7,0	8,2	8,1	7,2	1,9
10-14	1,6	0,0	0,0	5,0	5,5	2,5	7,1
15-19	2,9	2,5	1,6	3,5	3,4	2,8	2,3
20-24	1,0	2,8	1,2	7,0	3,6	8,5	3,6
25-29	0,0	0,0	0,0	3,5	4,9	3,2	1,6
29+	64,8	66,4	55,3	50,4	52,8	58,7	59,8
NSP	3,8	2,3	0,0	1,4	1,1	0,0	1,8
ND	2,7	3,4	3,5	2,2	1,1	0,0	7,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	85	68	65	195	73	37	44
ENSEMBLE							
0-4	8,6	13,5	30,1	18,3	19,1	18,6	19,1
5-9	9,5	10,1	7,0	8,2	7,7	4,4	6,2
10-14	4,6	1,1	0,8	6,6	7,5	5,4	3,7
15-19	3,8	5,6	0,9	3,4	6,0	1,0	1,7
20-24	2,0	3,0	1,5	6,7	11,2	2,9	4,1
25-29	0,5	0,0	0,0	3,8	7,0	6,7	4,0
29+	67,3	62,6	57,5	49,8	39,3	58,3	50,2
NSP	2,1	1,2	0,0	0,7	1,7	0,0	1,7
ND	1,5	3,0	2,0	2,5	0,4	2,7	9,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	150	135	111	403	186	107	112

Le graphique 13.3 présente les proportions d'individus handicapés ayant reçu des prestations médico-sociales au cours de l'année précédant l'enquête. Dans l'ensemble, on constate qu'un peu plus de la moitié des individus ont bénéficié de soins (54 %) et que c'est parmi les hommes du milieu urbain que cette proportion est la plus élevée (59 %). À l'opposé, c'est parmi les femmes du milieu rural que cette proportion est la plus faible (47 %). Le meilleur équipement du milieu urbain en services médico-sociaux explique en grande partie que la proportion d'individus ayant reçu des soins y soit plus élevée qu'en milieu rural (57 % contre 50 %).

Graphique 13.3 Pourcentage de handicapés ayant reçu des prestations médico sociales selon le milieu de résidence et le sexe



13.3 CONSOMMATION DE TABAC

Le tabac et ses dérivés sont des facteurs de risque de certaines maladies telles que le cancer, l'infection des poumons, les cardiopathies, etc.

Les résultats de l'enquête présentés au tableau 13.7 montrent que la grande majorité des enquêtés ont déclaré n'avoir jamais fumé (82 %). Un peu plus d'un enquêté sur dix est un fumeur actuel (13 %) et 6 % sont des anciens fumeurs. La proportion de fumeurs actuels est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (26 % contre moins de 1 %). On ne constate pas d'écart entre les milieux de résidence (12 % en rural contre 13 % en urbain). Quant à la proportion d'anciens fumeurs, elle est bien sûr beaucoup plus élevée chez les hommes que chez les femmes (11 % contre 0,2 %). On ne constate pas d'écart entre les milieux de résidence (5 % en rural contre 6 % en urbain).

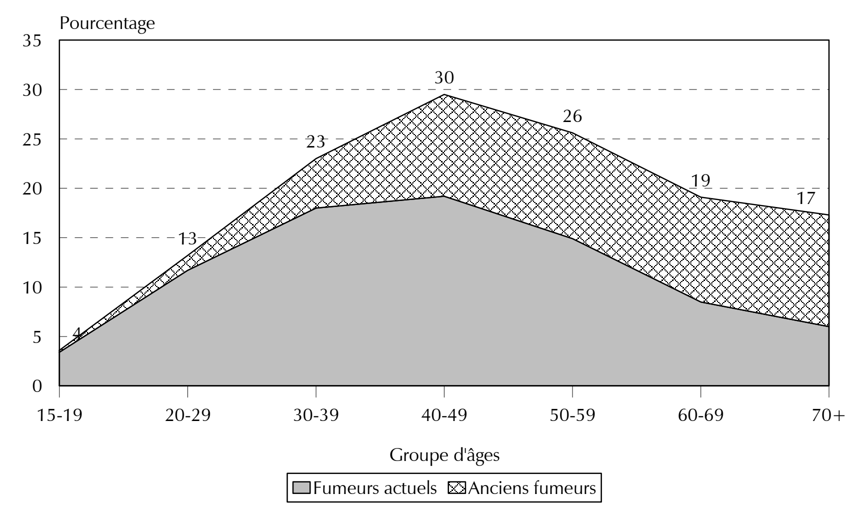
Tableau 13.7 Répartition de fumeurs actuels, d'anciens fumeurs et de personnes n'ayant jamais fumé selon le sexe et le milieu de résidence

Répartition (en %) des personnes de 15 ans ou plus selon le type de fumeur par milieu de résidence et sexe, EPSF Maroc 2003-04

Type de fumeur	Milieu de résidence		Sexe		
	Urbain	Rural	Hommes	Femmes	Ensemble
Fumeur	13,1	12,0	26,3	0,6	12,7
Ancien fumeur	6,0	4,6	11,3	0,2	5,5
N'a jamais fumé	80,7	83,2	62,2	99,1	81,7
ND	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	25 673	17 265	20 217	22 721	42 938

Le graphique 13.4 présente les proportions cumulées de fumeurs actuels et d'anciens fumeurs selon l'âge. On constate que la courbe augmente avec l'âge jusqu'à 40-49 ans : d'un minimum de 3 % à 15-19 ans, la proportion de fumeurs croit régulièrement et atteint un maximum de 19 % à 40-49 ans. Au-delà de ces âges, auxquels généralement on ne commence plus à fumer, elle diminue pour se stabiliser à environ 9 % à partir de 60 ans. Il s'agit ici d'un effet d'âge. À partir de 40-49 ans, les proportions diminuent, ce qui tend à démontrer que dans les générations anciennes, on fumait moins que dans les plus récentes.

Graphique 13.4 Pourcentage de fumeurs actuels et d'anciens fumeurs selon l'âge



MORTALITÉ MATERNELLE 14

El-Arbi Housni

14.1 INTRODUCTION

Etant donné l'importance que revêt le phénomène de la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement, des informations ont été collectées sur la survie des sœurs durant l'exécution de l'enquête ENPS-II réalisée en 1992 au Maroc dans le cadre du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé. Elle révélait pour la période 1985-91 un taux de mortalité maternelle de 332 pour 100 000 naissances vivantes. Cinq années plus tard, soit en 1997, une autre estimation, directe cette fois-ci, a été fournie par l'ENSME réalisée dans le cadre du projet arabe pour la promotion de l'enfance (PAPCHILD). Le taux estimé pour la période 1992-96 s'élevait à 228 décès maternels pour 100 000 naissances. Lors des travaux préparatifs de l'enquête EPSF de 2003-2004, le besoin, se faisait sentir d'inclure, encore une fois, dans l'enquête le module faisant appel à la méthode des sœurs pour une nouvelle estimation de la mortalité maternelle, objet de ce chapitre. Ce module a été en fin de compte retenu malgré certaines réserves sur les capacités de la méthode à saisir les modifications du phénomène sur le cours terme dans le sens de la mesure de l'impact des nouvelles interventions (OMS/UNICEF, 1999). Ainsi, des informations ont été collectées sur la survie des sœurs; données qui permettent d'évaluer le niveau de la mortalité maternelle par l'utilisation de différentes méthodes d'estimation.

Parmi ces méthodes, l'utilisation de la méthode dite directe d'estimation de la mortalité maternelle requiert des données par âge sur les sœurs survivantes, par âge au décès sur les sœurs décédées et aussi des informations sur le nombre d'années écoulées depuis le décès. Pour obtenir des périodes de référence bien définies, les données sont agrégées pour déterminer le nombre de personnes-années d'exposition à la mortalité et le nombre de décès de mères survenus dans chaque période de référence. Les taux de mortalité maternelle sont estimés par la méthode directe en divisant le nombre de décès dus à des *causes maternelles* par le nombre de personnes-années soumises à l'exposition. La méthode fournit une estimation non biaisée de la probabilité de décéder de cause maternelle, pourvu que le risque de décès soit identique pour toutes les sœurs dans un même groupe d'âges (Trussell et Rodriguez, 1990).

14.2 COLLECTE DES DONNÉES

Le questionnaire utilisé pour la collecte des données sur la mortalité maternelle est présenté en annexe à la section 8 du Questionnaire Femme. En premier lieu, on a demandé à chaque femme enquêtée la liste de tous ses frères et sœurs, c'est-à-dire tous les enfants que sa mère a mis au monde, en commençant par le premier-né. On a demandé ensuite à l'enquêtée l'état de survie de chacun d'entre eux. Pour ceux qui étaient encore en vie, on lui a demandé leur âge actuel. Pour les décédés, on a collecté deux informations : le nombre d'années écoulées depuis le décès et l'âge au décès. Les enquêtrices étaient autorisées à accepter des réponses approximatives dans les cas où l'enquêtée n'était pas du tout en mesure de fournir des réponses précises sur l'âge ou sur le nombre d'années écoulées depuis le décès.

Pour les sœurs décédées à l'âge de 12 ans ou plus, trois questions étaient posées à l'enquêtée pour déterminer si le décès était en rapport avec la maternité :

- *« Est-ce que [NOM DE LA SOEUR] est décédée pendant un accouchement ? »* Dans le cas d'une réponse négative, on demandait alors :

- *« Est-ce que [NOM DE LA SOEUR] est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ? »* Dans le cas d'une réponse négative à cette deuxième question, on demandait alors :

- *« Est-ce que [NOM DE LA SOEUR] était enceinte quand elle est décédée ? »*

L'ensemble de ces décès sont considérés comme des décès maternels. Ces questions sont formulées pour encourager l'enquêtée à déclarer tout décès relié à une grossesse, quelle qu'en soit l'issue et, en particulier, une grossesse ayant donné lieu à un avortement provoqué, alors qu'on ne posait aucune question directe à propos de ce type d'événement.

14.3 ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

L'estimation du niveau de mortalité maternelle nécessite des données exactes sur trois composantes : le nombre de sœurs de l'enquêtée, le nombre de celles qui sont décédées et le nombre de celles dont le décès est lié à la maternité. En plus de ces trois composantes, l'estimation directe nécessite des données exactes sur l'âge au décès et sur le nombre d'années écoulées depuis le décès des sœurs. Ces informations requièrent des précisions que les enquêtées peuvent ne pas connaître.

Il n'existe pas de procédure clairement définie pour établir la complétude des données recueillies par une enquête rétrospective sur la survie des sœurs. Néanmoins, le tableau 14.1 fournit le nombre de frères et sœurs déclaré par l'enquêtée, et la complétude des données déclarées sur l'âge, l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès.

Tableau 14.1 Complétude de l'information sur les frères et soeurs

Nombre de frères et soeurs déclarés par les enquêtées et complétude des données déclarées concernant l'état de survie, l'âge, l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès, EPSF Maroc 2003-04

Frères et sœurs selon différentes variables	Soeurs		Frères		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Total des frères et sœurs	52 962	100,0	55 289	100,0	108 252	100,0
Survivants	44 862	84,7	45 322	82,0	90 184	83,3
Décédés	8 076	15,2	9 916	17,9	17 992	16,6
ND	24	0,0	51	0,1	75	0,1
Total des survivants	44 862	100,0	45 322	100,0	90 184	100,0
Âge déclaré	44 839	99,9	45 287	99,9	90 126	99,9
Âge manquant/ND	24	0,1	35	0,1	59	0,1
Total des décédés	8 076	100,0	9 916	100,0	17 992	100,0
Âge et nombre d'années déclarés	7 974	98,7	9 789	98,7	17 763	98,7
Âge au décès manquant	12	0,1	19	0,2	31	0,2
Nombre d'années manquantes	52	0,6	33	0,3	85	0,5
Âge et nombre d'années manquants	39	0,5	74	0,7	113	0,6

D'après ce tableau, les données complètes ont été recueillies pour pratiquement toutes les sœurs et tous les frères de la femme enquêtée, quel que soit leur état de survie. La proportion d'information manquante concernant l'état de survie est insignifiante et ne porte au maximum que sur 0,1 % des frères. La déclaration de l'âge des survivants apparaît, elle aussi, complète, elle atteint 99,9 % aussi bien pour les sœurs que pour les frères. Pour les décédés, dans la quasi-totalité des cas (98,7 % pour les sœurs et la même proportion pour les frères), on dispose d'informations, à la fois, sur l'âge au décès ainsi que sur le

nombre d'années écoulées depuis le décès. Ces pourcentages font apparaître une très bonne qualité des données.

Ceci étant, l'importance des informations manquantes concernant les âges est surtout un indicateur de la qualité d'ensemble des données. L'omission, possible de frères ou de sœurs, est par contre, beaucoup plus importante pour la complétude des informations de base. Le tableau 14.2 présente les résultats d'un certain nombre de tests, qui permettent d'évaluer la complétude des données. Au niveau théorique, l'interprétation serait qu'en moyenne, la date de naissance des enquêtées se situe au milieu des dates de naissance des frères et sœurs. D'où, si l'année de naissance médiane des frères et sœurs est supérieure à celle des enquêtées, cela indiquerait que les enquêtées ont systématiquement omis des frères et sœurs plus âgés, peut-être parce que certains d'entre eux sont décédés avant qu'elles ne soient nées. Les frères et sœurs plus âgés étant plus susceptibles de décéder avant les plus jeunes, leur omission pourrait entraîner une légère sous-estimation de la mortalité d'ensemble. Au tableau 14.2, l'année médiane de naissance des frères et sœurs est inférieure d'un an à celle des enquêtées (1973 contre 1974)[1], ce qui indique qu'il n'y a pas eu apparemment de sous-déclaration des frères et sœurs, les plus âgés. Par conséquent, on peut estimer qu'il n'y a pas eu de sous-estimation de la mortalité d'ensemble.

Tableau 14.2 Indicateurs de la qualité des données sur les frères et sœurs

Répartition (en %) des enquêtées et des frères et soeurs selon l'année de naissance, l'année de naissance médiane, le rapport de masculinité à la naissance et l'évolution de la taille moyenne de la fratrie selon l'année de naissance de l'enquêtée, EPSF Maroc 2003-04

Année de naissance	Enquêtées	Frères/ Sœurs
Avant 1945	0,0	0,7
1945-49	0,0	1,7
1950-54	2,5	4,3
1955-59	9,7	8,1
1960-64	12,0	11,3
1965-69	12,3	13,8
1970-74	13,8	14,3
1975 ou plus tard	49,7	45,9
Total	100,0	100,0
Intervalle	1953-1988	1920-2003
Médiane	1974	1973
Effectif	16 798	108 237

Année de naissance de l'enquêtée	Taille moyenne de la fratrie	Rapport de masculinité à la naissance
1950-54	7,6	105,2
1955-59	7,8	102,8
1960-64	8,0	106,0
1965-69	8,0	104,0
1970-74	8,0	106,6
1975-79	7,6	105,0
1980-84	6,6	103,0
Ensemble	7,4	104,4

Deux autres indicateurs, permettant d'évaluer la complétude de l'enregistrement des frères et sœurs, figurent au tableau 14.2 : il s'agit du rapport de masculinité à la naissance et du nombre moyen de frères et sœurs.

Le rapport de masculinité (nombre de frères par rapport aux sœurs) est de 104,4, niveau très cohérent avec les données internationales dont les estimations varient peu autour de 105, quelles que soient les populations. Selon l'année de naissance de l'enquêtée, le tableau 14.2 montre que le rapport de masculinité varie relativement peu, de 103 à 106. Ces variations ne font apparaître aucune tendance particulière du sous-enregistrement des sœurs.

La taille moyenne de la fratrie[2] (y compris l'enquêtée) est de 7,4, ce qui est très proche de la parité finale passée des femmes au Maroc. A titre d'évaluation et selon les données disponibles, au début des années 90, la parité finale chez les femmes âgées de 45 à 49 ans arrivées au terme de leur vie féconde, natives du milieu des années 40 et dont la période féconde s'étalait approximativement sur la période

[1] On notera que la distribution des années de naissance des frères et sœurs ne suit pas celle des enquêtées : alors que les années de naissance des enquêtées se répartissent sur 36 ans (1953-1988), celles des frères et sœurs portent sur 84 ans (1920-2003).

[2] Le terme *fratrie* utilisé ici fait référence à l'ensemble des frères et sœurs de la femme enquêtée, issus de la même mère.

1960-1990 s'élevait à 7,1 enfants. Par ailleurs, dans ce même groupe d'âges, la parité finale des femmes ayant toujours vécu en première union s'élevait à un maximum de 8 enfants ; une donnée qui constitue une sorte d'estimation par excès de la parité finale au niveau de l'ensemble des femmes en fin de vie reproductive. Notons aussi que c'est ce même nombre maximum d'enfants qu'on observe dans les générations antérieures. Cependant si la fécondité marocaine (en termes de descendance finale) était élevée, elle n'a jamais était constante. Elle a connu au contraire une hausse chez les générations les plus anciennes suite, entre autres, aux réductions des dissolutions d'unions par veuvage et notamment par divorce, suivie d'une baisse chez les générations les plus jeunes (Housni, 1996). Ce double mouvement qu'a connu la fécondité marocaine semble se refléter à travers la taille moyenne de la fratrie déclarée qui augmente et diminue par la suite selon l'année de naissance de l'enquêtée.

14.4 ESTIMATION DE LA MORTALITÉ ADULTE

Le nombre total de décès (252 frères et 186 sœurs) survenus aux âges 15-49 ans pour une période de cinq années (c'est à dire 0-4 ans avant l'enquête) sont peu importants pour une estimation fiable de la mortalité adulte. Il a alors été décidé de fournir des estimations de la mortalité masculine et féminine par âge pour une période de dix années avant l'enquête, calculées directement d'après les déclarations sur la survie des frères et des sœurs. Bien sûr, le choix de périodes plus longues, cumulant par conséquent plus d'évènements, sont possibles mais n'ont pas de portées pratiques pour les responsables des programmes. Devant ces contraintes, le choix de la période 0-9 ans semble donc être un juste milieu. Les données portant sur cette période sont présentées au tableau 14.3.

Tableau 14.3 Estimation de la mortalité adulte par âge

Estimation directe de la mortalité par âge à partir des données concernant l'état de survie des frères et sœurs des femmes enquêtées, par sexe, pour la période 1994-2003, EPSF Maroc 2003-04

	Taux estimés pour 1994-2003		
Âge	Décès	Années d'exposition	Taux (‰)
SEXE FÉMININ			
15-19	33	61 719	0,54
20-24	57	67 379	0,84
25-29	46	64 698	0,72
30-34	65	57 340	1,13
35-39	54	45 242	1,18
40-44	61	29 175	2,08
45-49	30	14 794	2,06
15-49	346	340 345	1,11
SEXE MASCULIN			
15-19	52	62 105	0,84
20-24	85	68 188	1,25
25-29	65	65 072	1,01
30-34	70	57 358	1,22
35-39	73	45 624	1,61
40-44	66	30 262	2,19
45-49	50	15 355	3,28
15-49	463	343 964	1,48

Les résultats de ce tableau font apparaître que les décès de frères et sœurs survenus aux âges 15-49 ans, pendant les dix années qui ont précédé l'enquête sont, comme rappelé plus haut, plus importants (463 hommes et 346 femmes) en comparaison avec la période de 0-4 ans. Le niveau de mortalité des adultes est très peu élevé : 1,11‰ pour l'ensemble des femmes entre 15 et 49 ans et 1,48 ‰ pour l'ensemble des hommes aux mêmes âges avec une surmortalité masculine de 33 %. Malgré le fait que les décès à ces âges restent relativement rares et sont de surcroît le fruit d'un échantillon, les taux du tableau 14.3 semblent à première vue varier de façon assez régulière selon l'âge avec une tendance générale plausible ; néanmoins, ceci nécessite une évaluation quelque peu plus poussée.

En l'absence de données marocaines sur la mortalité par âge, l'évaluation des taux fournis par l'enquête seront rapprochés des taux fournis par les taux des tables des modèles régionaux (Est, Ouest, Nord et Sud) de mortalité de Coale et Demeny (Coale and Demeny, 1966). Ces tables ont été retenues pour la qualité des données de base à partir desquelles elles sont construites. Comme par ailleurs il n'existe pas de raison majeure, en l'occurrence la connaissance du schéma de la mortalité marocaine par âge, de choisir un des quatre modèles, on optera pour le modèle dont les taux de mortalité à 15-49 ans sont les plus proches de ceux fournis par l'enquête.

Par ailleurs, l'utilisation de ces modèles nécessite la connaissance d'une estimation de l'espérance de vie à la naissance pour la période retenue (0-9 ans avant l'enquête), correspondant approximativement à la décennie 1994-2003. On utilisera alors une estimation de l'espérance de vie à la naissance pour le sexe féminin fournie, dans le cadre des projections de la population du Maroc, par le Centre de Recherches et d'Etudes Démographiques (CERED, 1996) pour l'année 1999 qui correspond approximativement au milieu de la période retenue. L'espérance de vie retenue est de 71,5 ans. Par rapport aux modèles, cette espérance de vie se situe entre les niveaux 21 et 22 correspondants à 70 et 72,5 ans d'espérance de vie féminine.

Au niveau 22, le taux de mortalité entre 15 et 49 ans pour le sexe féminin du modèle sud (1,17 ‰) est le plus proche du taux fournit par l'enquête (1,11 ‰) en comparaison avec les taux calculés à partir des modèles « Est » (1,41 ‰), ouest (1,69 ‰) et nord (2,02 ‰). D'un autre côté, comme on peut le constater au niveau du tableau 14.4, à ce niveau d'espérance de vie, le modèle sud donne, à vie moyenne égale, aux âges qui nous intéressent, les risques (en termes de quotients) de mortalité les plus bas en comparaison aux autres modèles (est, ouest et nord) et sans chevauchement entre eux; ce qui simplifie grandement l'évaluation par le recours à un modèle unique[3].

Tableau 14.4

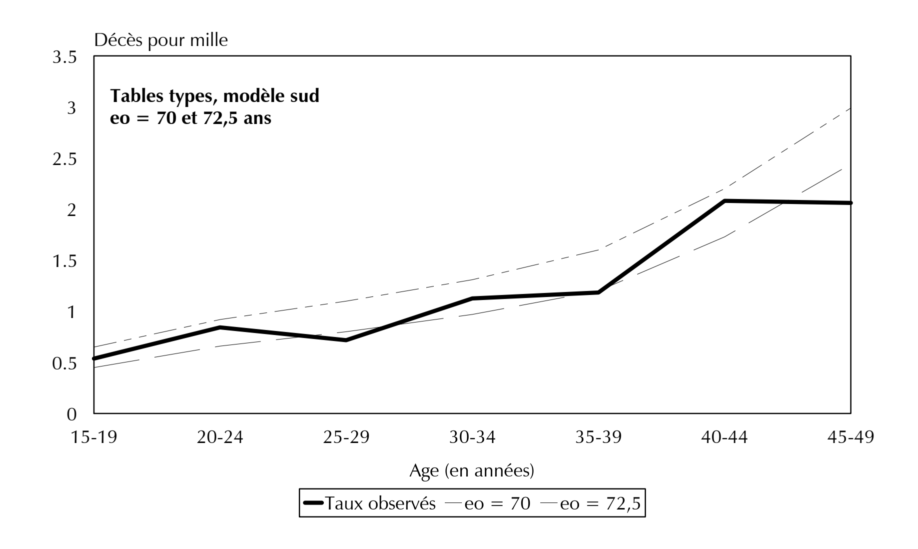
Écarts relatifs par groupe d'âges entre quotients de mortalité par rapport au modèle sud à vie moyenne égale à 72,5 ans

	Âge						
Région	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Sud	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
Est	1 092	1 067	1 057	1 099	1 218	1 214	1 343
Ouest	1 331	1 286	1 317	1 351	1 455	1 442	1 572
Nord	2 110	2 079	1 982	1 784	1 676	1 674	1 516

Le graphique 14.1 présente les taux de mortalité par groupe d'âges observés pour le sexe féminin ainsi que ceux des tables du modèle sud aux niveaux 21 et 22. Malgré quelques légères oscillations, les taux observés se situent entre les taux des deux tables de mortalité du modèle (à l'exception d'une légère déviation à 45-49 ans) avec une tendance générale de la série de taux se situant dans la tendance des taux types encadrant, confirmant ainsi la très bonne qualité des données collectées sur la survie des sœurs des enquêtées. Aussi, les estimations de mortalité basées sur ces données semblent donc tout à fait plausibles.

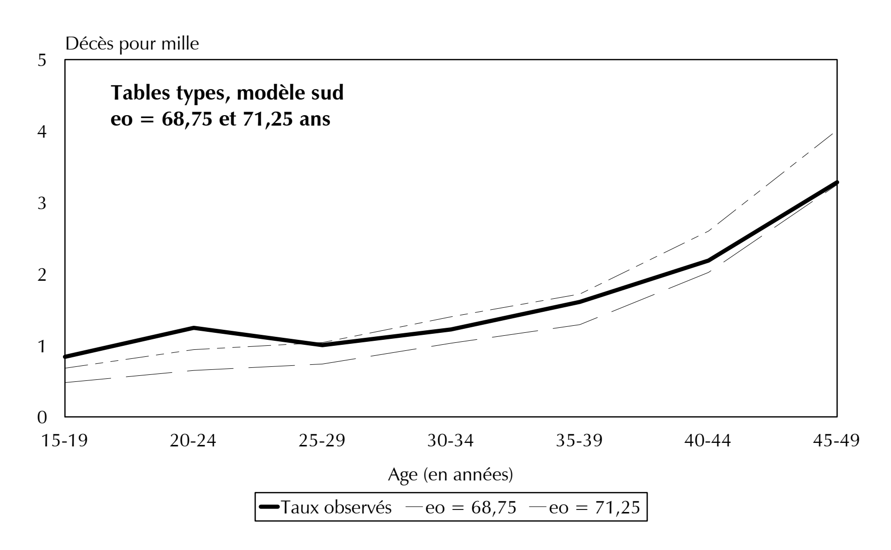
[3] Il faut noter que ceci n'est pas toujours le cas à d'autres niveaux d'espérance de vie à la naissance.

Graphique 14.1 Taux de mortalité observés par groupe d'âges et taux des tables types - Femmes



Par ailleurs, pour l'évaluation des données du sexe masculin, on retiendra des tables types pour ce sexe respectant la surmortalité masculine observée à l'enquête évaluée plus haut. Le recours à des tables types masculines correspondant à des niveaux de mortalité féminine donnés, comme présentées dans l'ouvrage de Princeton, n'étant pas nécessaires du fait que cette correspondance n'est que le reflet d'une mortalité différentielle typique que des données réelles peuvent ne pas présenter de façon automatique. Le graphique 14.2 présente les taux de mortalité par groupe d'âges observés pour le sexe masculin ainsi que ceux des tables du modèle sud avec des espérances de vie à la naissance de 68,75 et 71,25 ans. De leur part aussi, les taux masculins observés reflètent la bonne qualité des données collectées sur la survie des frères des femmes enquêtées.

Graphique 14.2 Taux de mortalité observés par groupe d'âges et taux des tables types - Hommes



Ainsi la tendance générale des deux séries de taux, et spécialement ceux relatifs aux femmes, sont suffisamment plausibles pour qu'ils soient utilisés dans le but d'une estimation du taux de mortalité maternelle.

14.5 ESTIMATION DIRECTE DE LA MORTALITÉ MATERNELLE

L'estimation de la mortalité maternelle par la méthode directe est présentée au tableau 14.5. Les décès maternels, obtenus à partir des déclarations sur la survie des sœurs, sont au nombre de 69 pour la période 1994-2003. Étant donné le nombre peu important d'événements et, de ce fait, les variations aléatoires des taux par âge, la méthode retenue est l'estimation d'un taux unique de mortalité pour cause maternelle correspondant à l'ensemble des âges de procréation (15-49 ans). L'estimation d'ensemble du taux de mortalité pour cause maternelle, exprimée pour 1 000 femmes-années d'exposition, est de 0,194 pour la période 1994-2003.

Tableau 14.5 Estimation directe de la mortalité maternelle

Estimation directe de la mortalité maternelle à partir des données concernant l'état de survie des sœurs des femmes enquêtées pour la période 1994-2003, EPSF Maroc 2003-04

Âge	Décès maternels	Années d'exposition	Taux par cause maternelle (‰)	Proportion des décès maternels/ ensemble des décès
15-19	2	61 719	0,007	6,2
20-24	15	67 379	0,039	25,7
25-29	10	64 698	0,024	21,7
30-34	18	57 340	0,041	27,5
35-39	11	45 242	0,030	21,0
40-44	12	29 175	0,047	19,7
45-49	1	14 794	0,006	2,7
15-49	69	340 345	0,194	19,8

Taux global de fécondité générale (TGFG ‰)[a] = 85
Taux de mortalité maternelle (TMM)[b] = 227
Risque de mortalité maternelle sur la durée de vie (RDV)[c] = 0,0065

[a] Taux standardisé par âge
[b] Pour 100 000 naissances. Calculé comme suit : (taux de mortalité par cause maternelle 15-49 ans) /TGFG
[c] Par femme. Calculé à partir de la formule suivante : (1-RDV) = $(1\text{-TMM}/100\ 000)^{ISF}$, où l'ISF est l'Indice Synthétique de Fécondité de la période 0-9 ans avant l'enquête, estimé à 2,85 enfants par femme.

Les taux de mortalité pour cause maternelle sont convertis en taux de mortalité maternelle, exprimés pour 100 000 naissances vivantes, en les divisant par le taux global de fécondité estimé à 85 ‰ pour la période retenue. Exprimé de cette manière, on met davantage en relief le risque obstétrical de la grossesse et de la maternité. Le taux de mortalité maternelle (TMM) est estimé à 227 décès maternels pour 100 000 naissances pour la période 1994-2003 (tableau 14.4). Cet indicateur s'élève à 186 en milieu

urbain et à 267 en milieu rural (résultat non montré dans le tableau). Comme on peut le constater une fois encore, la mortalité maternelle, composante de la mortalité adulte, est relativement élevée au Maroc pour la période 1994-2003.

Le risque de mortalité maternelle sur la durée de vie[4] (RDV), un indicateur de risque global, est calculé à partir du taux de mortalité maternelle (tableau 14.4). Cet indicateur exprime le risque global pour une femme de décéder par cause maternelle aux âges de procréation. Selon ce risque, une femme au Maroc entre 1994-2003, courait un risque de 1 sur 150 (risque de 0,0065) de décéder pour cause maternelle aux âges de procréation.

Par ailleurs, les proportions de décès imputables aux causes maternelles (tableau 14.4) font apparaître des variations avec l'âge, dont le niveau atteint son maximum à 30-34 ans où plus d'un décès de femme sur quatre (28 %) est dû à des causes maternelles. À la différence des autres mesures de la mortalité présentées précédemment, ces proportions ne sont pas affectées par les sous-déclarations dans la mesure où l'on peut supposer que les sous-déclarations éventuelles n'affectent pas davantage les décès pour cause maternelle que les autres décès. Ceci étant, un décès sur 5 (20 %) de l'ensemble des décès de femmes en âge de procréation (15-49 ans), serait dû à des causes maternelles.

En conclusion, cette nouvelle estimation de la mortalité maternelle de 227 pour 100 000 naissances vivantes pour la période 1994-2003 vient confirmer le niveau estimé à 228 pour 100 000 naissances pour la période 1992-1996 par l'enquête ENSME de 1997. Ces deux périodes se chevauchent et par conséquent, ces résultats sont à mettre à l'actif de l'une et de l'autre opération, malgré le fait qu'il était impossible de fournir une estimation portant sur une période plus récente pour des raisons de rareté des décès adultes généralement observée aux âges retenus et le niveau relativement élevé de l'espérance de vie féminine à la naissance au Maroc aussi bien que du niveau relativement bas de la fécondité. Des niveaux qui pourraient limiter en quelque sorte le recours à la méthode des sœurs elle-même ; à moins d'opter pour des échantillons encore plus importants en vue d'une estimation portant sur une période relativement courte et proche de la date de l'enquête sans compromettre pour autant l'ensemble de l'opération.

---

[4] La formule de calcul de cette probabilité figure en note du tableau 14.4.

VIH/SIDA ET INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES : CONNAISSANCE ET ATTITUDES 15

Dr Ahmed Zidouh

Ce chapitre est consacré à l'analyse des résultats concernant le niveau de connaissance du VIH/sida et le comportement des femmes vis-à-vis de cette maladie. En particulier, les résultats portent sur :

- la connaissance du sida ;
- La connaissance des moyens de prévention du VIH/sida ;
- les croyances à propos du VIH/sida ;
- les attitudes envers les personnes vivant avec le sida ;
- la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Enfin, la dernière section du chapitre porte sur les attitudes des femmes envers la négociation de rapports protégés avec le mari ayant une infection sexuellement transmissible (IST) et sur la connaissance des autres IST, autres que le VIH/sida.

15.1 CONNAISSANCE DU SIDA

Le tableau 15.1 montre que plus de neuf femmes enquêtées sur dix (91 %) ont déclaré connaître ou avoir entendu parler du VIH/sida. Ce qui constitue une augmentation de huit points de pourcentage par rapport aux résultats (83 %) de l'enquête nationale sur la santé de la mère et de l'enfant réalisée en 1997 (ENSM-1997), soit une augmentation de la proportion des femmes ayant entendu parlé du sida d'environ 10 % en six ans.

Le niveau de connaissance varie peu selon l'âge de la femme et l'état matrimonial, alors qu'en 1997 (ENSM) il y avait une différence très significative entre les très jeunes femmes âgées de 15-19 ans (73 %) et celles âgées de 20-49 ans (83 %). Les femmes en milieu rural restent toujours moins informées sur l'existence du sida (80 %) que celles vivant en milieu urbain (98 %). Cependant, cet écart s'est réduit par rapport à la situation qui prévalait en 1997 (ENSM) puisque seulement 70 % des femmes du milieu rural connaissaient le sida contre 96 % des femmes du milieu urbain.

En outre, les résultats montrent que 83 % des femmes sans instruction ont entendu parler du sida contre pratiquement la totalité de celles ayant au moins le niveau secondaire. Là aussi, le niveau de connaissance du sida chez les femmes sans instruction s'est nettement amélioré par rapport à 1997 (RNSM) puisque, à cette date, seulement sept femmes sur dix avaient déclaré en avoir entendu parler.

On ne note pas d'écart du niveau de connaissance du sida en fonction du statut matrimonial, les proportions de femmes ayant déclaré connaître cette maladie variant de 91 % chez les célibataires et celles en rupture d'union à 90 % chez les femmes mariées.

Tableau 15.1 Connaissance du sida

Pourcentage de femmes ayant entendu parler du sida, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSFMaroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	Entendu parler du sida	Effectif de femmes
Âge		
15-19	88,9	3 295
20-24	90,9	3 011
25-29	91,2	2 584
30-39	92,0	4 300
40-49	89,8	3 608
15-24	89,9	6 306
État matrimonial		
Mariée	90,0	8 782
Divorcée/Séparée/Veuve	90,8	942
Milieu de résidence		
Urbain	97,7	10 159
Rural	79,7	6 639
Région		
Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra	100,0	43
Guelmim-Es-Smara	91,4	221
Sous-Massa-Draâ	85,7	1 765
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	89,8	941
Chaouia-Ouardigha	96,0	987
Marrakech-Tensift-Al Haouz	89,0	1 621
Oriental	86,5	1 208
Grand-Casablanca	99,5	2 124
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	96,6	1 351
Doukkala-Abda	92,0	1 034
Tadla-Azilal	84,3	751
Meknès-Tafilalet	92,1	1 265
Fès-Boulmane	92,1	930
Taza-Al Hoceima-Taounate	84,4	1 189
Tanger-Tétouan	83,9	1 369
Niveau d'instruction		
Aucune instruction	83,2	8 406
Primaire	95,3	3 317
Secondaire ou plus	99,8	5 075
Quintiles de bien-être		
Le plus pauvre	72,3	2 959
Second	84,7	3 145
Moyen	94,6	3 380
Quatrième	98,3	3 600
Le plus riche	99,0	3 714
Ensemble	90,6	16 798

15.2 CONNAISSANCE DES MOYENS DE PRÉVENTION DU VIH/SIDA

La limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté ainsi que l'utilisation de condoms demeurent les principaux moyens de prévention de l'infection par le VIH. Les résultats du tableau 15.2 montrent que plus d'un tiers des femmes ont déclaré qu'on pouvait éviter de contracter le virus en utilisant ces deux moyens ; de ces deux moyens, c'est la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté qui est le plus fréquemment connu (55 %) ; l'utilisation du condom n'a été citée que par 38 % des femmes. Les résultats selon les caractéristiques socio-démographiques montrent

Tableau 15.2 Connaissance des moyens de prévention du VIH

Pourcentage de femmes qui, en réponse à une question déterminée, déclarent qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant un condom et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	Utilisant des condoms	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté	Effectif d'enquêtées
Âge				
15-19	39,8	54,7	36,3	3 295
20-24	39,2	56,1	35,8	3 011
25-29	37,9	55,7	34,5	2 584
30-39	38,3	56,1	34,7	4 300
40-49	32,7	51,4	30,4	3 608
15-24	39,5	55,3	36,0	6 306
État matrimonial				
Célibataire	42,4	60,0	38,5	7 074
Mariée	33,5	50,5	30,8	8 782
Divorcée/Séparée/Veuve	37,9	54,9	35,4	942
Milieu de résidence				
Urbain	49,1	68,5	44,8	10 159
Rural	19,7	33,7	18,1	6 639
Région				
Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra	57,9	79,6	57,9	43
Guelmim-Es-Smara	39,2	49,8	38,5	221
Sous-Massa-Draâ	31,2	61,6	30,1	1 765
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	30,2	39,5	28,0	941
Chaouia-Ouardigha	36,3	55,9	35,0	987
Marrakech-Tensift-Al Haouz	45,5	47,6	41,2	1 621
Oriental	24,7	45,7	24,1	1 208
Grand-Casablanca	52,1	80,9	50,0	2 124
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	44,5	61,7	38,0	1 351
Doukkala-Abda	38,3	57,8	35,8	1 034
Tadla-Azilal	33,3	35,9	26,2	751
Meknès-Tafilalet	34,3	53,0	30,1	1 265
Fès-Boulmane	46,1	58,4	40,8	930
Taza-Al Hoceima-Taounate	25,7	43,9	24,9	1 189
Tanger-Tétouan	31,7	41,3	25,5	1 369
Niveau d'instruction				
Aucune instruction	22,2	36,3	20,0	8 406
Primaire	39,0	57,4	35,7	3 317
Secondaire ou plus	61,9	83,6	56,8	5 075
Quintiles de bien-être				
Le plus pauvre	14,9	26,5	14,1	2 959
Second	21,3	36,1	19,5	3 145
Moyen	42,0	58,1	38,2	3 380
Quatrième	49,8	68,8	45,2	3 600
Le plus riche	53,2	76,3	48,6	3 714
Ensemble	37,5	54,8	34,3	16 798

que ces deux moyens de prévention sont plus fréquemment connus parmi les femmes ayant un niveau secondaire ou plus (57 % contre 20 % parmi celles sans instruction), parmi les femmes du milieu urbain (45 % contre 18 % en rural) et parmi les femmes vivant dans les ménages les plus riches (49 % contre 14 % pour les plus pauvres). En fonction des régions, on note également des écarts, les proportions de femmes connaissant ces deux moyens de prévention variant d'un minimum de 26 % dans les régions de Tanger Tétouan et de Tadla Azilal à un maximum de 58 % dans celle de Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra.

15.3 IDÉES ERRONÉES À PROPOS DU VIH/SIDA

Au cours de l'enquête, une série de trois propositions ont été soumises aux enquêtées pour mesurer leur niveau de connaissance correcte concernant la transmission et la prévention du VIH/sida. Les résultats sont présentés au tableau 15.3.

Seulement un peu plus d'une femme sur deux (52 %) a déclaré qu'une personne paraissant en bonne santé pouvait néanmoins avoir été infectée par le virus du sida. À la deuxième proposition selon laquelle le virus du sida ne peut pas être transmis par les moustiques, un peu plus du quart des femmes (26 %) ont répondu de manière correcte Enfin à la troisième proposition selon laquelle une personne ne peut pas être infectée en partageant les repas d'un malade du sida, près de deux femmes sur cinq (39 %) ont répondu de manière correcte. Quelque soit la proposition, les résultats montrent que les femmes qui sont les mieux informées sont les plus jeunes, les célibataires, les femmes résidant en milieu urbain, celles qui ont un niveau d'instruction au moins secondaire et enfin celles qui vivent dans les ménages les plus riches. À l'opposé, en milieu rural, par exemple, seul un tiers des femmes (34 %) savent qu'il y a des porteurs asymptomatiques, seulement 11 % savent que le sida ne peut pas être transmis par les moustiques et 16 % seulement pensent qu'une personne ne peut pas être infectée en partageant le repas de quelqu'un infecté par le virus du sida. Par comparaison, en urbain, ces proportions sont respectivement de 64 %, 36 % et 54 %.

Dans les régions, on constate que ce sont surtout celles du Gharb-Chrarda-Bni Hssen et de l'Oriental qui enregistrent les proportions les plus faibles de femmes qui possèdent des informations correctes sur la transmission et la prévention du virus du sida.

Tableau 15.3 Idées erronées à propos du sida

Pourcentage d'enquêtés qui, en réponse à une question déterminée, rejettent des idées locales erronées à propos de la transmission ou de la prévention du sida, et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

	Pourcentage d'enquêtées qui savent que :			
Caractéristique socio-démographique	Une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida	Le sida ne peut pas être transmis par les moustiques	Une personne ne peut pas être infectée en partageant les repas	Effectif d'enquêtées
Âge				
15-19	55,8	31,6	41,9	3 295
20-24	54,8	29,2	43,6	3 011
25-29	52,0	26,3	40,4	2 584
30-39	51,4	25,2	39,0	4 300
40-49	45,5	18,8	29,8	3 608
15-24	55,3	30,5	42,7	6 306
État matrimonial				
Célibataire	58,7	32,7	48,0	7 074
Mariée	46,4	21,1	31,9	8 782
Divorcée/Séparée/Veuve	49,0	21,0	31,3	942
Milieu de résidence				
Urbain	63,6	35,9	53,6	10 159
Rural	33,6	10,8	15,7	6 639
Région				
Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra	75,0	22,8	60,9	43
Guelmim-Es-smara	69,7	21,6	37,4	221
Sous-Massa-Draâ	47,7	21,5	41,8	1 765
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	38,1	16,5	29,2	941
Chaouia-Ouardigha	54,9	21,8	33,1	987
Marrakech-Tensift-Al Haouz	46,3	22,6	36,0	1 621
Oriental	39,5	13,1	26,0	1 208
Grand-Casablanca	72,5	38,6	59,4	2 124
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	58,9	39,3	52,5	1 351
Doukkala-Abda	45,4	23,4	32,1	1 034
Tadla-Azilal	44,7	15,6	35,1	751
Meknès-Tafilalet	52,7	30,6	36,2	1 265
Fès-Boulmane	57,1	47,4	46,6	930
Taza-Al Hoceima-Taounate	44,1	14,7	20,5	1 189
Tanger-Tétouan	48,9	23,4	32,3	1 369
Niveau d'instruction				
Aucune instruction	34,7	11,4	16,4	8 406
Primaire	52,8	25,7	37,6	3 317
Secondaire et plus	79,3	50,4	76,1	5 075
Quintiles de bien-être				
Le plus pauvre	25,9	6,5	9,4	2 959
Second	37,4	12,6	17,6	3 145
Moyen	53,5	25,4	36,8	3 380
Quatrième	62,7	37,1	53,6	3 600
Le plus riche	72,1	42,6	66,8	3 714
Ensemble	51,7	26,0	38,6	16 798

15.4 STIGMATISATION ENVERS LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA

Le comportement que les gens adopteraient dans différentes situations face à des personnes atteintes par le VIH/sida est révélateur du niveau de stigmatisation et de discrimination à l'égard des personnes infectées par ce virus. Au cours de l'enquête, des questions ont été posées aux femmes pour connaître leurs attitudes face aux personnes ayant contracté la maladie. Plus précisément, on a cherché à savoir si les enquêtées seraient prêtes à s'occuper chez elles d'un parent vivant avec le VIH. On a aussi demandé aux femmes enquêtées si elles pensaient que l'état d'un membre de la famille qui avait contracté le virus du sida devait être gardé secret.

À la première question, plus des deux tiers (68 %) des femmes ont répondu par l'affirmative. Cette opinion varie peu selon les caractéristiques socio-démographiques ; tout au plus, peut-on souligner que les célibataires (71 %), les femmes ayant un niveau d'instruction au moins secondaire (72 %) et les femmes de la région de Guelmim-Es-Smara (91 %) ont déclaré plus fréquemment que les autres qu'elles étaient disposées à prendre soin chez elles d'un parent malade du sida.

En outre, pour 70 % des femmes, il n'est pas nécessaire de garder secret l'état d'un membre de la famille atteint par le VIH/sida. Les variations sont peu importantes ; on peut néanmoins signaler que les femmes en rupture d'union (77 %) et les femmes des régions de Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra (88 %) et de Guelmim-Es-Smara (87 %) ont exprimé cette opinion plus fréquemment que les autres.

Tableau 15.4 Attitudes de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH

Pourcentage d'enquêtés ayant entendu parler du sida et exprimant des attitudes de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage d'enquêtées qui : Seraient prêtes à s'occuper chez elle d'un parent vivant avec le VIH	Pensent qu'il n'est pas nécessaire de garder secret l'état d'un membre de la famille vivant avec le HIV	Effectif de femmes ayant entendu parler du VIH/sida
Âge			
15-19	69,2	67,6	2 929
20-24	68,6	67,5	2 738
25-29	68,7	70,2	2 357
30-39	66,2	70,2	3 954
40-49	66,7	73,7	3 239
15-24	68,9	67,5	5 668
État matrimonial			
Célibataire	70,7	69,4	6 461
Mariée	65,6	69,7	7 901
Divorcée/Séparée/Veuve	64,4	76,7	855
Milieu de résidence			
Urbain	69,1	69,8	9 929
Rural	65,0	70,2	5 288
Région			
Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra	85,1	87,8	43
Guelmim-Es-Smara	90,5	86,6	202
Sous-Massa-Draâ	71,6	68,5	1 513
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	60,3	64,9	845
Chaouia-Ouardigha	59,7	75,8	948
Marrakech-Tensift-Al Haouz	75,5	84,4	1 443
Oriental	64,7	63,7	1 045
Grand-Casablanca	72,3	80,5	2 114
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	68,5	64,8	1 306
Doukkala-Abda	61,5	45,1	951
Tadla-Azilal	66,5	87,6	633
Meknès-Tafilalet	55,9	61,4	1 165
Fès-Boulmane	65,0	85,4	857
Taza-Al Hoceima-Taounate	74,9	69,7	1 004
Tanger-Tétouan	66,8	49,4	1 149
Niveau d'instruction			
Aucune instruction	65,0	70,6	6 994
Primaire	67,3	70,2	3 160
Secondaire et plus	71,7	68,9	5 063
Quintiles de bien-être			
Le plus pauvre	63,3	67,4	2 140
Second	65,7	70,3	2 664
Moyen	67,4	73,7	3 197
Quatrième	70,3	70,3	3 539
Le plus riche	69,4	67,7	3 677
Ensemble	67,7	70,0	15 217

15.5 TRANSMISSION DU VIH DE LA MÈRE À L'ENFANT

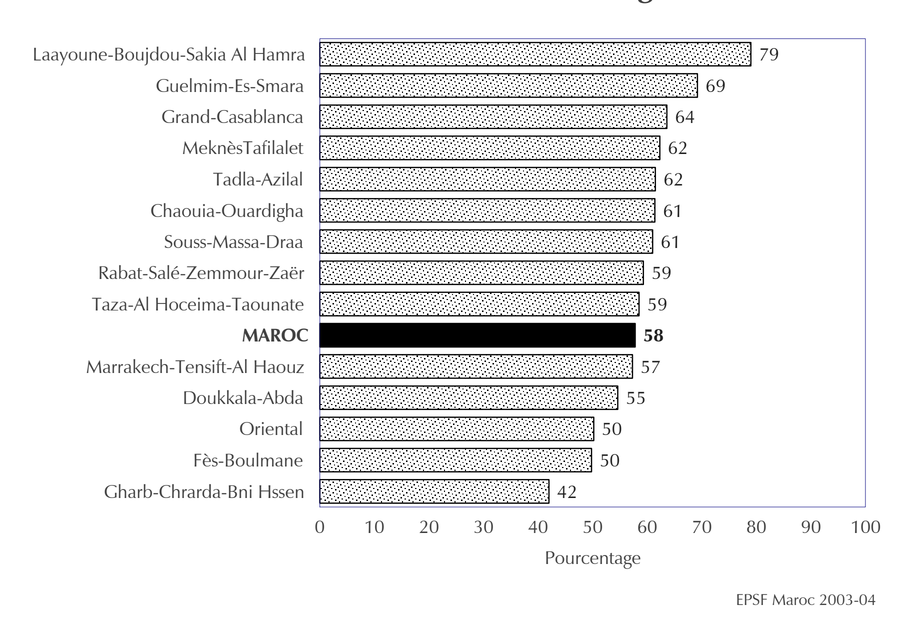
Au cours de l'enquête, on a demandé à toutes les femmes si elles savaient que le virus qui cause le sida pouvait être transmis de la mère à l'enfant par l'allaitement. Les résultats sont présentés au tableau 15.5. Plus de la moitié des femmes (58 %) ont répondu par l'affirmative à cette question. Ce mode de transmission est mieux connu par les jeunes femmes (61 % à 15-24 ans contre, en moyenne, 56 % à 30 ans et plus), par celles qui résident en milieu urbain (64 %) et par les plus instruites (71 %). Par contre, moins de la moitié des femmes du milieu rural (48 %) et de celles sans instruction (49 %) ont déclaré connaître ce moyen de transmission du virus. De même, dans la région du Gharb-Chrarda-Bni Hssen (42 %), moins d'une femme sur deux sait que le virus du sida peut être transmis en allaitant (graphique 15.1).

Tableau 15.5 Connaissance de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Pourcentage de femmes qui savent que le VIH peut être transmis de la mère à l'enfant par l'allaitement, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	Le VIH peut être transmis en allaitant	Effectif d'enquêtées
Âge		
15-19	60,8	3 295
20-24	61,1	3 011
25-29	57,1	2 584
30-39	55,9	4 300
40-49	55,1	3 608
15-24	60,9	6 306
État matrimonial		
Célibataire	60,3	7 074
Mariée	55,8	8 782
Divorcée/Séparée/Veuve	57,4	942
Milieu de résidence		
Urbain	64,3	10 159
Rural	47,8	6 639
Région		
Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra	79,0	43
Guelmim-Es-Smara	69,2	221
Sous-Massa-Draâ	61,0	1 765
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	42,0	941
Chaouia-Ouardigha	61,4	987
Marrakech-Tensift-Al Haouz	57,3	1 621
Oriental	50,2	1 208
Grand-Casablanca	63,6	2 124
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	59,3	1 351
Doukkala-Abda	54,6	1 034
Tadla-Azilal	61,5	751
Meknès-Tafilalet	62,3	1 265
Fès-Boulmane	49,8	930
Taza-Al Hoceima-Taounate	58,5	1 189
Tanger-Tétouan	57,3	1 369
Niveau d'instruction		
Aucune instruction	48,8	8 406
Primaire	60,5	3 317
Secondaire et plus	71,0	5 075
Quintiles de bien-être		
Le plus pauvre	41,0	2 959
Second	50,7	3 145
Moyen	63,0	3 380
Quatrième	66,1	3 600
Le plus riche	64,4	3 714
Ensemble	57,8	16 798

Graphique 15.1 Connaissance de la transmission du VIH de la mère à l'enfant selon la région



15.6 OPINIONS SUR LA NÉGOCIATION DES RAPPORTS SEXUELS PROTÉGÉS AVEC LE MARI ET IST

Négociation des rapports sexuels

La promotion de comportements sexuels sans risque fait partie des mesures destinées à contrôler l'épidémie. Pour cela, il est donc important de savoir si les femmes ont le pouvoir de refuser des rapports sexuels à risques avec leur mari. Au cours de l'enquête, on a donc demandé aux femmes si elles pensaient qu'il était justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari si elle sait qu'il a une infection sexuellement transmissible (IST). Globalement, on constate que la quasi-totalité des femmes (94 %) ont répondu par l'affirmative à cette question. Quelle que soit la caractéristique socio-démographique, cette proportion est très élevée.

Tableau 15.6 Opinion sur la négociation de rapports sexuels protégés avec le conjoint

Pourcentage de femmes qui pensent que, si le conjoint a une IST, sa femme peut refuser d'avoir des rapports sexuels avec lui, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

Caractéristique socio-démographique	Refuser les rapports sexuels	Effectif d'enquêtées
Âge		
15-19	94,8	363
20-24	94,9	1 154
25-29	95,3	1 533
30-39	94,4	3 361
40-49	93,3	3 313
15-24	94,9	1 517
État matrimonial		
Mariée	94,3	8 782
Divorcée/Séparée/Veuve	93,8	942
Milieu de résidence		
Urbain	95,7	5 651
Rural	92,2	4 073
Région		
Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra	100,0	24
Guelmim-Es-Smara	96,0	137
Sous-Massa-Draâ	90,4	1 025
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	91,5	546
Chaouia-Ouardigha	96,9	615
Marrakech-Tensift-Al Haouz	95,9	1 029
Oriental	97,9	662
Grand-Casablanca	95,3	1 115
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	91,3	790
Doukkala-Abda	96,4	631
Tadla-Azilal	94,2	472
Meknès-Tafilalet	94,9	746
Fès-Boulmane	93,5	523
Taza-Al Hoceima-Taounate	95,7	615
Tanger-Tétouan	91,7	793
Niveau d'instruction		
Aucune instruction	92,7	6 160
Primaire	96,5	1 714
Secondaire ou plus	97,3	1 850
Quintile de bien-être		
Le plus pauvre	91,0	1 837
Second	93,5	1 935
Moyen	94,6	2 035
Quatrième	95,9	1 939
Le plus riche	95,9	1 978
Ensemble	94,2	9 724

Connaissance des infections sexuellement transmissibles (IST)

Dans la mesure où les infections sexuellement transmissibles favorisent la transmission du virus du sida, la prévention et la lutte contre ces infections constituent une priorité. Au cours de l'enquête, on a donc posé des questions aux femmes pour essayer d'évaluer leur niveau de connaissance des IST et des symptômes d'IST. Les résultats sont présentés au tableau 15.7.

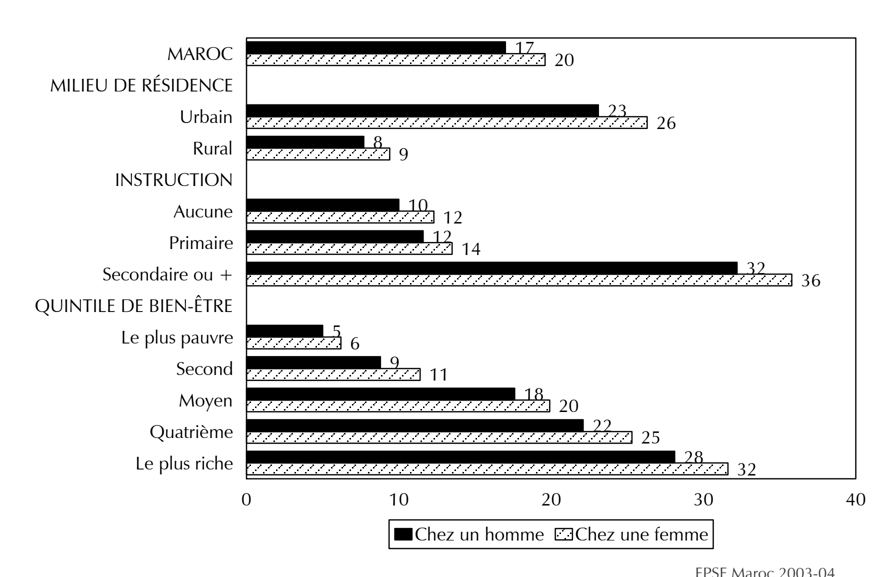
Tableau 15.7 Connaissance des symptômes des infections sexuellement transmissibles (IST)

Pourcentage de femmes ayant déclaré connaître des symptômes associés aux infections sexuellement transmissibles (IST) chez les hommes et chez les femmes, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPSF Maroc 2003-04

		Connaissance des symptômes associés aux IST						
		Chez un homme			Chez une femme			
Caractéristique socio-démographique	Ne connaît pas les IST	Pas de symptôme cité	Un symptôme cité	Deux symptômes ou plus cités	Pas de symptôme cité	Un symptôme cité	Deux symptômes ou plus cités	Total
Âge								
15-19	74,0	6,1	6,9	13,0	5,6	6,9	13,5	3 295
20-24	70,2	5,6	7,6	16,6	4,8	6,5	18,6	3 011
25-29	69,3	6,7	7,5	16,5	4,8	6,6	19,3	2 584
30-39	66,2	7,2	7,9	18,8	4,7	7,0	22,1	4 300
40-49	64,6	6,9	9,2	19,3	5,0	7,0	23,4	3 608
État matrimonial								
Célibataire	70,1	6,4	7,7	15,8	5,5	7,3	17,1	7 074
Mariée	67,7	6,6	8,0	17,7	4,5	6,5	21,3	8 782
Divorcée/séparée/veuve	65,1	6,8	8,1	19,9	4,7	6,4	23,7	942
Milieu de résidence								
Urbain	58,6	8,2	10,1	23,1	6,3	8,7	26,3	10 159
Rural	83,8	4,0	4,5	7,7	2,9	3,9	9,4	6 639
Région								
Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra	67,3	7,4	0,0	25,3	5,5	0,0	27,2	43
Guelmim-Es-Smara	68,7	1,4	3,5	26,4	1,4	3,5	26,4	221
Sous-Massa-Draâ	65,2	4,4	4,9	25,6	3,5	4,6	26,8	1 765
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	74,0	10,4	6,3	9,4	2,6	5,4	18,1	941
Chaouia-Ouardigha	74,8	6,3	9,1	9,7	3,5	6,9	14,8	987
Marrakech-Tensift-Al Haouz	71,9	4,8	3,5	19,8	4,4	3,1	20,6	1 621
Oriental	85,0	4,7	4,5	5,8	3,3	4,7	7,0	1 208
Grand-Casablanca	52,8	10,7	12,6	23,9	9,3	9,9	28,0	2 124
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	52,8	11,5	12,5	23,2	10,3	11,5	25,5	1 351
Doukkala-Abda	80,0	4,5	5,4	10,1	2,0	4,1	13,9	1 034
Tadla-Azilal	80,7	2,1	6,2	10,9	2,1	7,3	9,9	751
Meknès-Tafilalet	55,2	4,5	14,5	25,7	2,2	10,6	31,9	1 265
Fès-Boulmane	56,9	6,9	12,7	23,6	7,3	12,7	23,2	930
Taza-Al Hoceima-Taounate	81,1	4,6	4,7	9,6	3,3	4,5	11,0	1 189
Tanger-Tétouan	80,3	7,7	5,1	6,9	6,6	4,6	8,5	1 369
Niveau d'instruction								
Aucune instruction	80,3	4,8	4,9	10,0	3,1	4,4	12,3	8 406
Primaire	76,2	5,6	6,7	11,6	4,5	5,9	13,5	3 317
Secondaire ou plus	44,2	10,0	13,5	32,2	8,4	11,5	35,8	5 075
Quintiles de bien-être								
Le plus pauvre	88,9	3,0	3,1	5,0	2,1	2,7	6,2	2 959
Second	81,2	5,3	4,8	8,8	3,1	4,3	11,4	3 145
Moyen	68,9	5,7	7,8	17,6	4,7	6,4	19,9	3 380
Quatrième	59,9	8,1	10,0	22,1	5,7	9,1	25,3	3 600
Le plus riche	49,7	9,9	12,3	28,1	8,3	10,4	31,6	3 714
Ensemble	68,6	6,6	7,9	17,0	5,0	6,8	19,6	16 798

Près de sept femmes sur dix (69 %) ont déclaré qu'elles ne connaissaient pas les IST. Cette proportion est particulièrement élevée parmi les femmes dont le ménage appartient au quintile le plus pauvre (89 %), parmi les femmes du milieu rural (84 %) et parmi celles n'ayant aucune instruction (80 %). De même, dans les régions de l'Oriental (85 %), de Tadla-Azilal (81 %) et de Taza-Al Hoceima-Taounate, cette proportion est très élevée. En outre, seulement 8 % des femmes ont pu citer un symptôme d'IST chez un homme et moins d'une sur cinq (17 %) a été capable d'en citer au moins deux. Quant aux symptômes d'IST chez les femmes, ils ne sont pas mieux connues par les femmes : seulement 7 % ont pu en citer un et 20 % en ont cité au moins deux. Les femmes les mieux informées sont toujours celles qui résident en milieu urbain, celles qui ont un niveau d'instruction au moins secondaire et celles qui vivent dans les ménages les plus riches (graphique 15.2).

Graphique 15.2 Connaissance par les femmes de deux symptômes ou plus des infections sexuellement transmissibles (IST)



RÉFÉRENCES

Azelmat, M., et A. Abdelmoneim. 1999. *Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant (ENSME) 1997.* Le Caire, Egypte : Ministère de la Santé et PAPCHILD, Ligue des États Arabes.

Azelmat, M., M. Ayad, et E.A. Housni. 1993. *Enquête Nationale sur la Population et la Santé (ENPS-II) 1992.* Columbia, Maryland : Ministère de la Santé Publique et Macro International Inc.

Azelmat, M., M. Ayad, et E.A. Housni. 1996. *Enquête de Panel sur la Population et la Santé (EPPS) 1995.* Calverton, Maryland : Ministère de la Santé Publique et Macro International Inc.

Azelmat, M., M. Ayad, et H. Belhachmi. 1989. *Enquête Nationale sur la Planification Familiale, la Fécondité et la Santé de la Population au Maroc (ENPS-I) 1987.* Columbia, Maryland : Ministère de la Santé Publique et Institute for Resource Development/Westinghouse.

Centre d'Etudes et de Recherches Démographiques (CERD). 1996. *Projections de la Population 1994 à 2004.* Rabat: Ministère Chargé de la Population.

Coale, A.J. and P. Demeny. 1966. *Regional model life tables and stable populations*. Princeton : Princeton University Press.

Department of Statistics (DOS) [Jordan] and ORC Macro. 2003. *Jordan Population and Family Health Survey 2002.* Calverton, Maryland : DOS and ORC Macro.

Direction de la Statistique (DS) [Morocco]. 1961. *Recensement Général de la Population et de I'Habitat, 1960*. Rabat.

Direction de la Statistique (DS) [Morocco]. 1963. *Enquête à Objectifs Multiples (EOM) 1962*. Rabat, Maroc.

Direction de la Statistique (DS) [Morocco]. 1973. *Recensement Général de la Population et de I' Habitat, 1971*. Rabat, Maroc.

Direction de la Statistique (DS) [Morocco]. 1983. *Recensement Général de la Population et de I'Habitat, 1982*. Rabat, Maroc.

Direction de la Statistique (DS) [Morocco]. 1989. *Enquête Nationale Démographique à Passages Répétés (ENDPR), 1986-1988*. Rabat, Maroc.

El-Zanaty, F., and A.A. Way. 2001. *Egypt Demographic and Health Survey. 2000*. Calverton, Maryland : Ministry of Health and Population, National Population Council and ORC Macro.

Housni, E.A. 1996. *La seconde phase de la transition démographique au Maroc.* Ministère de la Santé, Direction de la Population, Rabat, Maroc (Document non publié).

Ministère de la Santé Publique (MSP) [Morocco] et World Fertility Survey (Enquête Mondiale sur la Fécondité). 1984. *Enquête Nationale sur la Fécondité et la Planification Familiale au Maroc 1979-80.* 4 vols. Rabat, Maroc.

Ministère de la Santé Publique (MSP) [Morocco] et Westinghouse Public Applied Systems (WPAS). 1985. *Planification Familiale, Fécondité et Santé Familiale au Maroc 1983-84*. Columbia, Maryland.

Ould Isselmou, A. 2004. *Enquête sur la Mortalité Infantile et le Paludisme. 2003-2004*. Calverton, Maryland : Office National de la Statistique et ORC Macro.

Pan Arab Project for Family Health (PAPFAM). 2004. Selected indicators of the Algerian Family Health Survey. Available at http://www.papfam.org/arab_league.

Rutenberg, N., T. Boerma, J. Sullivan, et T. Croft. 1990. Direct and indirect estimates of maternal mortality with data on survivorship of sisters : results from the Bolivia DHS. Paper presented at the Annual Meeting of the Population Association of America. Toronto, Ontario.

Sullivan, J., G. Bicego et S. Rutstein. 1990. Assessment of the quality of data used for the direct estimation of infant and child mortality in Demographic and Health Surveys. In *An assessment of DHS-I data quality*, 113-137. DHS Methodological Reports N° 1, Columbia, Maryland : Institute for Resource Development/Macro Systems, Inc.

Trussell, J. and G. Rodriguez. 1990. A note on sisterhood estimate of maternal mortality. *Studies in Familiy Planning* 21(6): 344-346.

World Federation of Public Health Association (WFPHA). 1983. *Maternal nutrition : information for action-resource guide*. Préparé pour UNICEF.

World Health Organization (OMS) and UNICEF. 1999. *The Sisterhood Method for Estimating Maternal Mortality: guidance notes for potential users.* Geneva : OMS.

PLAN DE SONDAGE



A.1 INTRODUCTION

L’Enquête sur la Population et la Santé Familiale au Maroc en 2003-2004 (EPSF-2003-2004) vise un échantillon national d’environ 12 000 ménages, toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans dans les ménages sélectionnés seront interrogées. Elle a pour principal objectif de recueillir des informations sur la fécondité, la mortalité maternelle et infanto-juvénile, la connaissance et l’utilisation des méthodes contraceptives, les maladies chroniques des femmes, la santé familiale et la santé reproductive, la connaissance et les attitudes sur les infections sexuellement transmissibles et le sida. Les résultats de l’enquête seront présentés pour le Maroc, pour le milieu urbain et le milieu rural, pour chacune des quinze régions économiques.

A.2 BASE DE SONDAGE

Le Royaume du Maroc a réalisé un Recensement Général de la Population et de l’Habitat en 2004 (RGPH-2004). Les Districts de Recensement (DR) qui ont été créés pour les besoins du RGPH-2004 sont choisis comme unités primaires de l’enquête. Le pays a été découpé en 37 000 DRs environ. Les DRs contiennent des informations sur leur identifiant, leur milieu de résidence (urbain ou rural) et leur taille en ménage. Chaque DR a une carte délimitant sa position et ses limites. La base de sondage retenue est la liste complète des DRs. Cette base est stratifiée ensuite selon la région économique, le milieu de résidence (urbain/rural), la dimension de la ville et le type de l’habitat (en cinq catégories).

A.3 ÉCHANTILLONNAGE

L’échantillon de l’EPSF-2003-2004 est un échantillon aréolaire, stratifié et tiré à 2 degrés. L’unité primaire de sondage est le DR tel que défini au RGPH-2004. Chaque région économique a été séparée en parties urbaine et rurale parmi les quelles des strates d’échantillonnage ont été créées selon la dimension de la ville et le type de l’habitat. L’échantillon a été tiré indépendamment dans chaque strate. Au premier degré, 480 DRs ont été tirés avec une probabilité proportionnelle à la taille, la taille étant le nombre de ménages dans le DR pendant l’opération de cartographie pour le RGPH 2004. Les DRs tirés sont ensuite découpés en segments (appelé aussi grappe) de taille moyenne de 40 ménages. Un seul segment sera choisi pour l’enquête EPSF-2003-2004. Un dénombrement des ménages dans chaque grappe sélectionnée a permis d’obtenir une liste de ménages qui a servi à sélectionner des ménages au deuxième degré. La segmentation des DRs n’est pas considérée comme une étape d’échantillonnage car elle a pour seul but de limiter le travail de dénombrement à l’intérieur du DR. Au second degré, dans chacune des grappes sélectionnées, 25 ménages ont été sélectionnés avec un tirage systématique de probabilité égale, à partir des listes nouvellement établies au moment du dénombrement. Au total, 480 DRs ont été sélectionnés, dont 271 dans le milieu urbain et 209 dans le milieu rural. Par conséquent, 12 000 ménages ont été sélectionnés dont 6 775 ménages dans le milieu urbain et 5 225 ménages dans le milieu rural. Le tableau A.1 donne la répartition de l’échantillon entre les régions économiques et par milieu de résidence.

Tous les membres dans les ménages tirés sont enregistrés dans le questionnaire du ménage. Chaque femme âgée de 15 à 49 ans que l’on identifie dans le ménage est enquêtée en lui administrant un questionnaire individuel appelé questionnaire femme.

Tableau A.1 Répartition de l'échantillon entres les régions économiques et par milieu de résidence						
	Allocation de grappes			Allocation de ménages		
Région	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total
Grand-Casablanca	55	2	57	1 375	50	1 425
Souss -Massa -Drâa	22	29	51	550	725	1 275
Marrakech-Tensift-AL Haouz	20	29	49	500	725	1 225
Tanger Tetouan	24	15	39	600	375	975
Rabat-Salé-Zemmour-Zëir	32	6	38	800	150	950
Meknès Tafilalet	19	15	34	475	375	850
Doukala Abda	12	20	32	300	500	800
Oriental	19	12	31	475	300	775
Gharb-Chrarda -Beni Hssen	13	17	30	325	425	750
Taza Al Hoceima Taounate	7	23	30	175	575	750
Chouia Ouardigha	11	16	27	275	400	675
Fès Boulmane	20	7	27	500	175	675
Tadla Azilal	9	15	24	225	375	600
Guélmim-Es-Semara	6	3	9	150	75	225
Laayoune-Boujdour-Sakia Al Hamra	2	0	2	50	0	50
Ensemble	271	209	480	6 775	5 225	12 000

A.4 PROBABILITÉS DE SONDAGE

Les probabilités de sondage ont été calculées pour chaque degré de tirage et dans chaque strate. Pour chaque strate *h*, les notations sont les suivantes :

P_{1hi} : probabilité de sondage au premier degré du DR *i*.
P_{2hi} : probabilité de sondage au deuxième degré des ménages dans le DR *i*.

Soit a_h le nombre de grappes tirées dans la strate *h*, M_{hi} le nombre de ménages du DR *i*, m_{hi} le nombre de ménages dénombrés dans la grappe tirée du DR *i*.

Au premier degré, la probabilité d'inclusion de cette grappe *i* dans l'échantillon est donnée par :

$$P_{1hi} = \frac{a_h \times M_{hi}}{\sum_i M_{hi}} \times \frac{m_{hi}}{M_{hi}} = \frac{a_h \times m_{hi}}{\sum_i M_{hi}}$$

Au deuxième degré, un nombre b_{hi} de ménages ont été tirés à partir des m_{hi} ménages nouvellement dénombrés dans la grappe *i* de la strate *h* lors de l'opération de dénombrement. Donc :

$$P_{2hi} = \frac{b_{hi}}{m_{hi}}$$

A cause de la répartition non proportionnelle de l'échantillon parmi les strates, des taux de pondération ont été utilisés pour assurer la représentativité actuelle de l'échantillon au niveau national. Pour chaque strate d'échantillonnage, le taux de pondération pour les individus dans les ménages de la *i*ème grappe de la strate *h* a été calculé en utilisant la formule suivante :

$$W_{hi} = \frac{1}{P_{1hi} P_{2hi}}$$

A.5 RÉSULTAT DES ENQUÊTES

Le tableau A.2 donne les résultats détaillés des enquêtes ménages et femmes selon le milieu de résidence. A la suite du classement des ménages selon les différents codes résultats, le taux de réponse pour l'enquête ménage est calculé de la façon suivante :

$$\frac{(1)}{(1) + (2) + (4) + (5)}$$

De la même manière, le taux de réponse des femmes est calculé de la manière suivante :

$$\frac{(a)}{(a) + (b) + (c) + (d) + (e) + (f) + (g)}$$

Le taux de réponse global des femmes et le produit du taux de réponse des enquêtes ménage et du taux de réponse des femmes.

Tableau A.2 Résultats de l'enquête

Répartition (en %) des ménages et des femmes éligibles dans l'échantillon de l'EPSF-2003-2004 par résultat de l'enquête et des ménages, des femmes éligibles et taux de réponse global, selon le milieu de résidence

Resultat	Milieu de résidence Urbain	Rural	Total
Ménages sélectionnés			
Remplis (1)	94,7	97,6	95,9
Ménage présent mais pas d'enquêté disponible (2)	1,2	0,3	0,8
Différé (3)	0,0	0,0	0,0
Refusé (4)	0,4	0,1	0,2
Logement non trouvé (5)	0,1	0,0	0,1
Ménage absent (6)	1,6	1,1	1,4
Logement vide/pas de logement à l'adresse (7)	1,8	0,9	1,4
Logement détruit (8)	0,2	0,0	0,1
Autre (9)	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0
Nombre de ménages sélectionnés	6 775	5 225	12 000
Taux de réponse des ménages	98,2	99,6	98,8
Femme éligible			
Rempli (*a*)	95,7	97,0	96,3
Pas à la maison (*b*)	3,0	2,0	2,6
Différé (*c*)	0,1	0,0	0,1
Refusé (*d*)	0,3	0,2	0,3
Partiellement rempli (*e*)	0,1	0,0	0,1
Incapacité (*f*)	0,6	0,7	0,7
Autre (*g*)	0,1	0,0	0,1
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif des femmes	9 398	8 045	17 443
Taux de réponse des femmes éligibles	95,7	97,0	96,3
Taux de réponse global	94,0	96,6	95,2

Tableau A.3 Résultats de l'enquête

Répartition (en %) des ménages et des femmes éligibles par résultat de l'enquête ménage et individuelle, taux de réponse des ménages et des femmes éligibles et taux de réponse global, selon la région et le milieu de résidence, EPSF Maroc 2003-04

Résultat des interviews	Région															Total
	Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra	Guelmim-Es-Smara	Souss-Massa-Draa	Gharb-Chrarda-Bni Hssen	Chaouia-Ouardigha	Marrakech-Tensift-Al Haouz	Oriental	Grand-Casa-blanca	Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	Doukkala-Abda	Tadla-Azilal	Meknès-Tafilalet	Fès-Boul-mane	Taza-Al Hoceima-Taounate	Tanger-Tétouan	
Ménages selectionnés																
Remplis (1)	96,0	96,4	94,7	93,9	96,3	97,6	99,1	94,0	93,6	97,4	97,0	97,2	94,5	99,2	95,1	95,9
Ménage présent mais pas d'enquêté disponible (2)	2,0	0,9	0,5	0,7	0,6	0,3	0,1	1,5	1,2	0,6	0,0	0,8	3,4	0,0	0,5	0,8
Différé (3)	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Refusé (4)	2,0	0,4	0,4	0,1	0,4	0,1	0,1	0,0	1,1	0,3	0,0	0,4	0,1	0,0	0,0	0,2
Logement non trouvé (5)	0,0	0,4	0,2	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Ménage absent (6)	0,0	0,0	3,5	1,9	1,2	0,3	0,4	1,4	2,3	1,8	0,5	0,8	1,0	0,3	1,8	1,4
Logement vide/pas de logement à l'adresse (7)	0,0	1,8	0,6	2,4	1,0	1,3	0,3	2,8	1,7	0,0	2,3	0,8	0,9	0,5	2,5	1,4
Logement détruit (8)	0,0	0,0	0,1	0,7	0,1	0,4	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Autre (9)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de ménages selectionnés	50	225	1 275	750	675	1 225	775	1 425	950	800	600	850	675	750	975	12 000
Taux de réponse des ménages	96,0	98,2	98,8	98,7	98,9	99,6	99,7	98,2	97,6	99,1	100,0	98,8	96,4	100,0	99,4	98,8
Femme éligible																
Rempli (*a*)	98,4	99,3	97,3	96,8	95,3	95,3	97,4	95,2	92,5	97,7	98,2	97,4	94,0	98,5	96,3	96,3
Pas à la maison (*b*)	1,6	0,3	1,7	2,4	3,2	3,7	1,3	3,9	5,4	1,1	0,9	1,6	4,2	1,0	2,3	2,6
Différé (*c*)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
Refusé *d*	0,0	0,0	0,3	0,1	0,7	0,3	0,2	0,2	0,6	0,1	0,0	0,2	0,3	0,1	0,3	0,3
Partiellement rempli (*e*)	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1
Incapacité (*f*)	0,0	0,3	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,6	0,7	1,1	0,6	0,6	1,4	0,3	0,7	0,7
Autre (*g*)	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,6	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	61	295	1 912	1 063	939	1 733	1 227	1 982	1 334	1 142	852	1 220	1 035	1 286	1 362	17 443
Taux de réponse des femmes éligibles	98,4	99,3	97,3	96,8	95,3	95,3	97,4	95,2	92,5	97,7	98,2	97,4	94,0	98,5	96,3	96,3
Taux de réponse global	94,4	97,5	96,1	95,6	94,3	94,9	97,1	93,5	90,3	96,9	98,2	96,2	90,6	98,5	95,7	95,2

ERREURS DE SONDAGE



Les estimations obtenues à partir d'une enquête par sondage sont sujettes à deux types d'erreurs: les erreurs de mesure et les erreurs de sondage. Les erreurs de mesure sont celles associées à la mise en oeuvre de la collecte et de l'exploitation des données telles que l'omission de ménages sélectionnés, la mauvaise interprétation des questions de la part de l'enquêtrice ou de l'enquêtée, ou les erreurs de saisie des données. Bien que tout le possible ait été fait pour minimiser ce type d'erreur pendant la mise en oeuvre de l'EPSF 2003-2004, il est difficile d'éviter et d'évaluer toutes les erreurs de mesure.

Par contre, les erreurs de sondage peuvent être évaluées statistiquement. L'échantillon sélectionné pour l'EPSF 2003-2004 n'est qu'un parmi un grand nombre d'échantillons de même taille qui peuvent être sélectionnés dans la même population avec le même plan de sondage. Chacun de ces échantillons peut produire des résultats peu différents de ceux obtenus avec l'échantillon actuellement choisi. L'erreur de sondage est une mesure de cette variabilité entre tous les échantillons possibles. Bien que cette variabilité ne puisse pas être mesurée exactement, mais elle peut être estimée à partir des données collectées.

L'*erreur-type (ET)* est un indice particulièrement utile pour mesurer l'erreur de sondage d'un paramètre (moyenne, proportion ou taux), elle est la racine carrée de la variance du paramètre. L'erreur-type peut être utilisée pour calculer des intervalles de confiance dans lesquels se situe la vraie valeur du paramètre avec un certain niveau de confiance. Par exemple, la vraie valeur d'un paramètre se trouve dans les limites de sa valeur estimée plus ou moins deux fois son erreur-type, avec un niveau de confiance de 95 %.

Si l'échantillon avait été tiré d'après un plan de sondage aléatoire simple, il aurait été possible d'utiliser des formules simples pour calculer les erreurs de sondage. Cependant, l'échantillon de l'EPSF 2003-2004 étant un échantillon stratifié et tiré à deux degrés, des formules plus complexes ont été utilisées. Le module « erreurs de sondage » du logiciel ISSA a été utilisé pour calculer les erreurs de sondage suivant la méthodologie statistique appropriée. Ce module utilise la méthode de linéarisation (Taylor) pour des estimations telles que les moyennes ou proportions, et la méthode de Jackknife pour des estimations plus complexes tels que l'indice synthétique de fécondité et les quotients de mortalité.

La méthode de linéarisation traite chaque proportion ou moyenne comme étant une estimation de ratio, $r = y/x$, avec y la valeur du paramètre pour l'échantillon total, et x le nombre total de cas dans l'ensemble (ou sous-ensemble) de l'échantillon. La variance de r est estimée par:

$$SE^2(r) = var(r) = \frac{1-f}{x^2} \sum_{h=1}^{H} \left[\frac{m_h}{m_{h-1}} \left(\sum_{i=1}^{m_h} z_{hi}^2 - \frac{z_h^2}{m_h} \right) \right]$$

dans laquelle

$$z_{hi} = y_{hi} - rx_{hi} \text{ , et } z_h = y_h - rx_h$$

où h représente la strate qui va de 1 à H,
m_h est le nombre total de grappes tirées dans la strate h,
y_{hi} est la somme des valeurs pondérées du paramètre y dans la grappe i de la strate h,
x_{hi} est la somme des nombres pondérés de cas dans la grappe i de la strate h, et
f est le taux global de sondage qui est négligeable.

La méthode de Jackknife dérive les estimations des taux complexes à partir de chacun des sous-échantillons de l'échantillon principal, et calcule les variances de ces estimations avec des formules simples. Chaque sous-échantillon exclut *une* grappe dans les calculs des estimations. Ainsi, des sous-échantillons pseudo-indépendants ont été créés. Dans l'EPSF 2003-2004, il y a 480 grappes non-vides. Par conséquent, 480 sous-échantillons ont été créés. La variance d'un taux r est calculée de la façon suivante :

$$SE^2(r) = var(r) = \frac{1}{k(k-1)} \sum_{i=1}^{k} (r_i - r)^2$$

dans laquelle

$$r_i = kr - (k-1)r_{(i)}$$

où r est l'estimation calculée à partir de l'échantillon principal de 480 grappes,
$r_{(i)}$ est l'estimation calculée à partir de l'échantillon réduit de 479 grappes ($i^{ème}$ grappe exclue),
k est le nombre total de grappes.

Il existe un deuxième indice très utile qui est la racine carrée de l'effet du plan de sondage (REPS) ou effet de grappe : c'est le rapport de l'erreur-type observée sur l'erreur-type qu'on aurait obtenue si un sondage aléatoire simple avait été utilisé. Cet indice révèle dans quelle mesure le plan de sondage qui a été choisi se rapproche d'un échantillon aléatoire simple de même taille : la valeur 1 de la REPS indique que le plan de sondage est aussi efficace qu'un échantillon aléatoire simple, alors qu'une valeur supérieure à 1 indique un accroissement de l'erreur de sondage dû à un plan de sondage plus complexe et moins efficace au point de vue statistique. Le logiciel calcule aussi l'erreur relative et l'intervalle de confiance pour chaque estimation.

Les erreurs de sondage pour l'EPSF 2003-2004 ont été calculées pour certaines des variables les plus intéressantes. Les résultats sont présentés dans cette annexe pour l'ensemble du pays, le milieu urbain et le milieu rural. Pour chaque variable, le type de statistique (moyenne, proportion ou taux) et la population de base sont présentés dans le tableau B.1. Les tableaux B.2 à B.4 présentent la valeur de la statistique (M), l'erreur-type (ET), le nombre de cas non-pondérés (N) et pondérés (N'), la racine carrée de l'effet du plan de sondage (REPS), l'erreur relative (ET/M), et l'intervalle de confiance à 95 % (M±2ET) pour chaque variable. L'effet du plan de sondage (REPS) est non-défini quand l'écart type sous l'échantillon aléatoire simple est zéro (quand l'estimation est proche de 0 ou 1). Dans le cas de l'indice synthétique de fécondité, le nombre de cas non-pondérés n'est pas pertinent, car la valeur non-pondérée de femmes-années d'exposition au risque de grossesse n'est pas connue.

L'intervalle de confiance est interprété de la manière suivante : pour la variable *Enfants nés vivants,* l'EPSF 2003-2004 a donné un nombre moyen d'enfants nés vivants de 1,887 pour l'ensemble des femmes, auquel correspond une erreur-type de 0,026 enfants. Dans 95% des échantillons de taille et de caractéristique identiques, la valeur réelle du nombre moyen d'enfants nés vivants des femmes âgées de 15 à 49 ans se trouve entre 1,887 - 2×0,026 et 1,887 + 2×0,026, soit 1,835 et 1,939.

Les erreurs de sondage ont été analysées pour l'échantillon national de femmes et pour deux groupes d'estimations : (1) moyennes et proportions, et (2) taux démographiques. Les erreurs relatives (ET/M) des moyennes et proportions se situent entre 0,1 % et 9,7 % avec une moyenne de 2,7 %. Les erreurs relatives les plus élevées sont généralement celles des estimations de très faible valeur (par exemple, parmi les femmes actuellement mariées qui *Utilise actuellement le condom*). Si on enlève les estimations de très faible valeur (moins de 10 %), la moyenne tombe à 1,9 %. Ainsi, en général, les erreurs relatives de la plupart des estimations pour l'ensemble du pays sont faibles, sauf dans le cas de très faibles proportions. L'erreur relative de l'indice de fécondité est assez faible, soit 2,4 %. Cependant, pour les taux de mortalité, l'erreur relative moyenne est plus élevée, soit 8,6 %.

Il existe des différences entre les erreurs relatives au niveau des sous-échantillons. Par exemple, pour la variable *Enfants nés vivants des femmes âgées de 40 à 49 ans*, l'erreur relative pour l'échantillon de femmes est respectivement de 1,6 %, 2,0 % et 2,4 % pour l'ensemble du pays, le milieu urbain et le milieu rural.

Pour l'échantillon national de femmes, la moyenne de la racine carrée de l'effet du plan de sondage (REPS) calculée pour l'ensemble des estimations est de 1,29 ce qui veut dire que, par rapport à un échantillon aléatoire simple, l'erreur de sondage est multipliée en moyenne par un facteur de 1,29 parce qu'on utilise un plan de sondage complexe (par grappes et à plusieurs degrés) et moins efficace.

Tableau B.1 Variables utilisées pour le calcul des erreurs de sondage, EPSF Maroc 2003-04

Variable	Estimation	Population de base
Milieu urbain	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Sans instruction	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Instruction post-primaire ou plus	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Célibataire	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Actuellement mariée	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Actuellement en union polygame	Proportion	Femmes actuellement mariées 15-49
Mariée avant l'âge de 20 ans	Proportion	Toutes les femmes 20-49
Enfants nés vivants	Moyenne	Toutes les femmes 15-49
Enfants survivants	Moyenne	Toutes les femmes 15-49
Enfants nés vivants des femmes 40-49	Moyenne	Toutes les femmes 40-49
Connaît une méthode contraceptive	Proportion	Femmes actuellement mariées 15-49
A utilisé une méthode	Proportion	Femmes actuellement mariées 15-49
Utilise actuellement une méthode	Proportion	Femmes actuellement mariées 15-49
Utilise actuellement une méthode moderne	Proportion	Femmes actuellement mariées 15-49
Utilise actuellement la pilule	Proportion	Femmes actuellement mariées 15-49
Utilise actuellement le DIU	Proportion	Femmes actuellement mariées 15-49
Utilise actuellement le condom	Proportion	Femmes actuellement mariées 15-49
Utilise actuellement la stérilisation féminine	Proportion	Femmes actuellement mariées 15-49
Utilise actuellement la continence périodique	Proportion	Femmes actuellement mariées 15-49
Utilise une source du secteur publique	Proportion	Utilisatrices de méthodes modernes
Ne veut plus d'enfants	Proportion	Femmes actuellement mariées 15-49
Veut retarder d'au moins 2 ans	Proportion	Femmes actuellement mariées 15-49
Nombre d'enfants idéal	Moyenne	Toutes les femmes 15-49
Mères ayant reçu une injection antitétanique	Proportion	Dernière naissances dans les 5 dernières années
Mères ayant reçu une assistance médicale à l'accouchement	Proportion	Naissances dans les 5 dernières années
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	Proportion	Enfants de moins de 5 ans
A reçu traitement SRO	Proportion	Enfants avec diarrhée les 2 dernières semaines
A consulté du personnel médical	Proportion	Enfants avec diarrhée les 2 dernières semaines
Ayant une carte de vaccination, vue	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination BCG	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination DTC (3 doses)	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination polio (3 doses)	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination rougeole	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
Vacciné contre toutes les maladies	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	Taux	Femmes-années d'exposition au risque de grossesse
Quotient de mortalité néonatale[1]	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Quotient de mortalité post-néonatale[1]	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Quotient de mortalité infantile[1]	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Quotient de mortalité juvénile[1]	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Quotient de mortalité infanto-juvénile[1]	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès

[1] Les quotients de mortalité ont été calculés pour la période 0-4 ans précédant l'enquête pour l'échantillon national, et pour la période 0-9 ans pour les sous échantillons urbain et rural.

Tableau B.2 Erreurs de sondage - Echantillon national, EPSF Maroc 2003-04

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,605	0,007	16798	16798	1,762	0,011	0,591	0,618
Sans instruction	0,500	0,008	16798	16798	2,050	0,016	0,485	0,516
Instruction post-primaire ou plus	0,302	0,007	16798	16798	2,080	0,024	0,287	0,317
Célibataire	0,421	0,005	16798	16798	1,331	0,012	0,411	0,431
Actuellement mariée	0,523	0,005	16798	16798	1,378	0,010	0,512	0,533
Actuellement en union polygame	0,041	0,003	8795	8727	1,265	0,065	0,036	0,046
Mariée avant l'âge de 20 ans	0,384	0,007	13451	13503	1,595	0,017	0,371	0,397
Enfants nés vivants	1,887	0,026	16798	16798	1,341	0,014	1,835	1,939
Enfants survivants	1,720	0,023	16798	16798	1,315	0,013	1,674	1,765
Enfants nés vivants des femmes 40-49	4,486	0,072	3564	3608	1,448	0,016	4,341	4,630
Connaît une méthode contraceptive	0,998	0,001	8851	8782	1,348	0,001	0,997	0,999
A utilisé une méthode	0,897	0,004	8851	8782	1,154	0,004	0,890	0,905
Utilise actuellement une méthode	0,630	0,006	8851	8782	1,237	0,010	0,617	0,643
Utilise actuellement une méthode moderne	0,548	0,006	8851	8782	1,215	0,012	0,535	0,561
Utilise actuellement la pilule	0,401	0,006	8851	8782	1,235	0,016	0,388	0,414
Utilise actuellement le DIU	0,054	0,003	8851	8782	1,341	0,060	0,047	0,060
Utilise actuellement le condom	0,015	0,001	8851	8782	1,123	0,097	0,012	0,018
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,027	0,002	8851	8782	1,202	0,076	0,023	0,032
Utilise actuellement la continence périodique	0,038	0,003	8851	8782	1,325	0,071	0,032	0,043
Utilise une source du secteur publique	0,564	0,011	4610	4625	1,533	0,020	0,542	0,586
Ne veut plus d'enfants	0,537	0,006	8851	8782	1,174	0,012	0,525	0,550
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,229	0,005	8851	8782	1,125	0,022	0,219	0,239
Nombre d'enfants idéal	2,921	0,018	16223	16251	1,676	0,006	2,884	2,957
Mères ayant reçu une injection antitétanique	0,277	0,008	4763	4695	1,287	0,030	0,260	0,294
Mères ayant reçu une assistance médicale à l'accouchement	0,626	0,013	6180	6043	1,720	0,020	0,601	0,651
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,120	0,005	5916	5794	1,034	0,039	0,110	0,129
A reçu le traitement SRO	0,229	0,019	726	693	1,128	0,084	0,190	0,267
A consulté du personnel médical	0,221	0,017	726	693	1,020	0,078	0,187	0,256
Ayant une carte de vaccination, vue	0,783	0,014	1154	1130	1,140	0,018	0,754	0,811
A reçu vaccination BCG	0,984	0,005	1154	1130	1,248	0,005	0,974	0,993
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,948	0,008	1154	1130	1,198	0,008	0,933	0,964
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,952	0,007	1154	1130	1,174	0,008	0,937	0,967
A reçu vaccination rougeole	0,904	0,009	1154	1130	1,064	0,010	0,885	0,922
Vacciné contre toutes les maladies	0,891	0,010	1154	1130	1,104	0,012	0,871	0,912
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	2,479	0,059	na	47409	1,436	0,024	2,361	2,596
Quotient de mortalité néonatale (0-4 ans)	26,896	2,296	6254	6110	1,036	0,085	22,304	31,489
Quotient de mortalité post-néonatale (0-4 ans)	13,514	1,533	6262	6118	1,025	0,113	10,449	16,579
Quotient de mortalité infantile (0-4 ans)	40,411	2,831	6264	6119	1,043	0,070	34,748	46,074
Quotient de mortalité infantile (5-9 ans)	47,438	3,112	6690	6498	1,116	0,066	41,213	53,662
Quotient de mortalité infantile (10-14 ans)	62,307	3,597	6660	6518	1,063	0,058	55,113	69,501
Quotient de mortalité juvénile (0-4 ans)	7,331	1,073	6272	6127	0,995	0,146	5,185	9,477
Quotient de mortalité infanto-juvénile (0-4 ans)	47,445	3,008	6284	6138	1,053	0,063	41,429	53,462

na = Non applicable

Tableau B.3 Erreurs de sondage - Echantillon urbain, EPSF Maroc 2003-04

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
Milieu urbain	1,000	0,000	8997	10159	na	0,000	1,000	1,000
Sans instruction	0,336	0,010	8997	10159	2,070	0,031	0,316	0,357
Instruction post-primaire ou plus	0,456	0,010	8997	10159	1,982	0,023	0,435	0,477
Célibataire	0,444	0,007	8997	10159	1,267	0,015	0,431	0,457
Actuellement mariée	0,494	0,007	8997	10159	1,349	0,014	0,480	0,508
Actuellement en union polygame	0,042	0,004	4399	4992	1,229	0,089	0,034	0,049
Mariée avant l'âge de 20 ans	0,329	0,009	7265	8226	1,546	0,026	0,312	0,346
Enfants nés vivants	1,629	0,030	8997	10159	1,309	0,019	1,568	1,689
Enfants survivants	1,512	0,027	8997	10159	1,296	0,018	1,457	1,566
Enfants nés vivants des femmes 40-49	3,820	0,078	2037	2298	1,363	0,020	3,664	3,975
Connaît une méthode contraceptive	0,999	0,000	4422	5018	0,120	0,000	0,999	0,999
A utilisé une méthode	0,921	0,004	4422	5018	1,012	0,004	0,913	0,930
Utilise actuellement une méthode	0,655	0,008	4422	5018	1,062	0,012	0,639	0,670
Utilise actuellement une méthode moderne	0,560	0,008	4422	5018	1,079	0,014	0,543	0,576
Utilise actuellement la pilule	0,405	0,008	4422	5018	1,075	0,020	0,390	0,421
Utilise actuellement le DIU	0,065	0,005	4422	5018	1,252	0,071	0,056	0,075
Utilise actuellement le condom	0,021	0,002	4422	5018	1,087	0,110	0,017	0,026
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,032	0,003	4422	5018	1,173	0,098	0,025	0,038
Utilise actuellement la continence périodique	0,048	0,004	4422	5018	1,267	0,085	0,040	0,056
Utilise une source du secteur publique	0,489	0,014	2440	2788	1,366	0,028	0,461	0,516
Ne veut plus d'enfants	0,559	0,009	4422	5018	1,159	0,015	0,542	0,577
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,205	0,007	4422	5018	1,171	0,035	0,191	0,219
Nombre d'enfants idéal	2,678	0,019	8786	9919	1,475	0,007	2,639	2,717
Mères ayant reçu une injection antitétanique	0,292	0,012	2209	2517	1,249	0,041	0,268	0,316
Mères ayant reçu une assistance médicale à l'accouchement	0,853	0,012	2682	3051	1,519	0,014	0,830	0,877
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,115	0,006	2600	2962	0,999	0,056	0,102	0,128
A reçu le traitement SRO	0,277	0,033	308	341	1,225	0,119	0,211	0,343
A consulté du personnel médical	0,269	0,027	308	341	1,052	0,102	0,214	0,324
Ayant une carte de vaccination, vue	0,835	0,017	541	608	1,062	0,020	0,801	0,869
A reçu vaccination BCG	0,988	0,005	541	608	1,045	0,005	0,978	0,998
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,970	0,008	541	608	1,035	0,008	0,955	0,986
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,975	0,007	541	608	1,048	0,007	0,961	0,989
A reçu vaccination rougeole	0,942	0,011	541	608	1,096	0,012	0,919	0,964
Vacciné contre toutes les maladies	0,935	0,012	541	608	1,101	0,013	0,911	0,958
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	2,108	0,066	na	28722	1,306	0,031	1,975	2,240
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	23,624	2,348	5589	6348	1,045	0,099	18,929	28,320
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	9,289	1,436	5592	6352	1,080	0,155	6,418	12,160
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	32,913	2,885	5592	6352	1,119	0,088	27,144	38,682
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	5,345	1,071	5593	6353	1,046	0,200	3,202	7,487
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	38,082	3,185	5596	6357	1,145	0,084	31,713	44,451

na = Non applicable

Tableau B.4 Erreurs de sondage – Echantillon rural, EPSF Maroc 2003-04

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
Milieu urbain	0,000	0,000	7801	6639	na	na	0,000	0,000
Sans instruction	0,752	0,009	7801	6639	1,898	0,012	0,733	0,770
Instruction post-primaire ou plus	0,067	0,006	7801	6639	2,030	0,086	0,056	0,079
Célibataire	0,386	0,008	7801	6639	1,420	0,020	0,371	0,402
Actuellement mariée	0,567	0,008	7801	6639	1,399	0,014	0,551	0,583
Actuellement en union polygame	0,040	0,004	4396	3735	1,291	0,095	0,032	0,048
Mariée avant l'âge de 20 ans	0,470	0,011	6186	5277	1,701	0,023	0,449	0,492
Enfants nés vivants	2,282	0,047	7801	6639	1,436	0,021	2,188	2,376
Enfants survivants	2,038	0,040	7801	6639	1,383	0,020	1,959	2,118
Enfants nés vivants des femmes 40-49	5,654	0,137	1527	1310	1,630	0,024	5,381	5,928
Connaît une méthode contraceptive	0,997	0,001	4429	3763	1,703	0,001	0,994	1,000
A utilisé une méthode	0,865	0,007	4429	3763	1,299	0,008	0,851	0,878
Utilise actuellement une méthode	0,597	0,011	4429	3763	1,449	0,018	0,575	0,618
Utilise actuellement une méthode moderne	0,532	0,010	4429	3763	1,390	0,020	0,511	0,553
Utilise actuellement la pilule	0,394	0,011	4429	3763	1,448	0,027	0,373	0,416
Utilise actuellement le DIU	0,038	0,004	4429	3763	1,492	0,113	0,029	0,047
Utilise actuellement le condom	0,007	0,001	4429	3763	1,075	0,199	0,004	0,009
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,022	0,003	4429	3763	1,153	0,116	0,017	0,027
Utilise actuellement la continence périodique	0,024	0,003	4429	3763	1,349	0,129	0,018	0,030
Utilise une source du secteur publique	0,678	0,019	2170	1837	1,869	0,028	0,641	0,716
Ne veut plus d'enfants	0,508	0,009	4429	3763	1,153	0,017	0,490	0,525
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,262	0,007	4429	3763	1,043	0,026	0,248	0,276
Nombre d'enfants idéal	3,302	0,035	7437	6332	1,951	0,010	3,233	3,371
Mères ayant reçu une injection antitétanique	0,260	0,012	2554	2177	1,336	0,045	0,237	0,283
Mères ayant reçu une assistance médicale à l'accouchement	0,395	0,019	3498	2991	1,937	0,047	0,358	0,432
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,124	0,007	3316	2831	1,098	0,054	0,111	0,138
A reçu le traitement SRO	0,182	0,020	418	352	0,943	0,108	0,143	0,222
A consulté du personnel médical	0,175	0,021	418	352	1,013	0,123	0,132	0,218
Ayant une carte de vaccination, vue	0,721	0,022	613	522	1,208	0,031	0,677	0,765
A reçu vaccination BCG	0,978	0,008	613	522	1,441	0,009	0,962	0,995
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,923	0,014	613	522	1,341	0,016	0,894	0,952
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,925	0,014	613	522	1,289	0,015	0,898	0,953
A reçu vaccination rougeole	0,859	0,016	613	522	1,092	0,018	0,828	0,890
Vacciné contre toutes les maladies	0,841	0,017	613	522	1,162	0,021	0,806	0,875
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	3,043	0,098	na	18687	1,420	0,032	2,847	3,238
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	33,037	2,283	7341	6247	0,997	0,069	28,471	37,602
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	22,329	2,269	7350	6254	1,248	0,102	17,791	26,867
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	55,365	3,360	7352	6255	1,133	0,061	48,646	62,085
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	14,864	1,780	7358	6261	1,206	0,120	11,305	18,424
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	69,407	4,170	7371	6271	1,262	0,060	61,067	77,747

na = Non applicable

TABLEAU POUR L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

ANNEXE C

Tableau C.1 Répartition par âge de la population des ménages

Répartition de la population (de fait) des ménages par année d'âge selon le sexe (pondéré), EPSF Maroc 2003-04

	Femmes		Hommes			Femmes		Hommes	
Âge	Effectif	%	Effectif	%	Âge	Effectif	%	Effectif	%
0	578	2,0	600	1,9	36	349	1,2	459	1,5
1	562	1,9	598	1,9	37	312	1,1	392	1,2
2	572	2,0	566	1,8	38	376	1,3	438	1,4
3	632	2,2	643	2,0	39	344	1,2	391	1,2
4	635	2,2	580	1,8	40	398	1,4	461	1,5
5	611	2,1	591	1,9	41	305	1,0	375	1,2
6	692	2,4	683	2,2	42	358	1,2	447	1,4
7	633	2,2	603	1,9	43	323	1,1	359	1,1
8	665	2,3	654	2,1	44	312	1,1	344	1,1
9	659	2,3	686	2,2	45	337	1,2	393	1,2
10	675	2,3	697	2,2	46	329	1,1	319	1,0
11	698	2,4	684	2,2	47	298	1,0	304	1,0
12	748	2,6	682	2,2	48	282	1,0	299	0,9
13	720	2,5	776	2,5	49	243	0,8	277	0,9
14	653	2,2	683	2,2	50	362	1,2	279	0,9
15	681	2,3	651	2,1	51	215	0,7	248	0,8
16	640	2,2	741	2,3	52	256	0,9	287	0,9
17	643	2,2	722	2,3	53	263	0,9	243	0,8
18	602	2,1	673	2,1	54	165	0,6	195	0,6
19	589	2,0	662	2,1	55	179	0,6	225	0,7
20	601	2,1	695	2,2	56	179	0,6	195	0,6
21	532	1,8	597	1,9	57	134	0,5	150	0,5
22	500	1,7	604	1,9	58	132	0,5	160	0,5
23	494	1,7	624	2,0	59	143	0,5	117	0,4
24	577	2,0	595	1,9	60	217	0,7	333	1,1
25	517	1,8	539	1,7	61	92	0,3	96	0,3
26	445	1,5	573	1,8	62	147	0,5	158	0,5
27	463	1,6	529	1,7	63	121	0,4	139	0,4
28	467	1,6	530	1,7	64	135	0,5	126	0,4
29	375	1,3	500	1,6	65	150	0,5	183	0,6
30	483	1,6	542	1,7	66	103	0,4	109	0,3
31	399	1,4	443	1,4	67	121	0,4	84	0,3
32	412	1,4	439	1,4	68	100	0,3	101	0,3
33	350	1,2	471	1,5	69	89	0,3	77	0,2
34	399	1,4	427	1,4	70+	1 132	3,9	1 059	3,4
35	348	1,2	421	1,3	NSP/ND	11	0,0	6	0,0
					Ensemble	29 263	100,0	31 532	100,0

Note : La population de fait comprend tous les résidents et les non-résidents qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête.

Tableau C.2 Répartition par âge des femmes éligibles et enquêtées

Répartition (en %) par groupe d'âges quinquennal de la population (de fait) des femmes de 10-54 ans dans l'enquête ménage et des femmes de 15-49 ans enquêtées, et pourcentage de femmes éligibles qui ont été enquêtées (pondéré), EPSF Maroc 2003-04

Groupe d'âges	Population des femmes âgées de 10-54 ans dans les ménages	Femmes enquêtées âgées de 15-49		Pourcentage de femmes
		Effectif	Pourcent	
10-14	3 522	na	na	na
15-19	3 448	3 331	20,1	96,6
20-24	3 116	2 990	18,0	96,0
25-29	2 671	2 545	15,3	95,3
30-34	2 322	2 231	13,5	96,1
25-39	2 100	2 022	12,2	96,3
40-44	1 987	1 918	11,6	96,6
45-49	1 592	1 548	9,3	97,2
50-54	1 251	na	na	na

Note : La population de fait comprend tous les résidents et les non-résidents qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. Dans ce tableau, les pondérations utilisées sont celles de l'enquête ménage. L'âge est basé sur le tableau de ménage.
na = Non applicable

Tableau C.3 Complétude de l'enregistrement

Pourcentage d'informations manquantes pour certaines questions démographiques et de santé, EPSF Maroc 2003-04

Type d'information	Pourcentage ayant des informations manquantes	Effectif
Date de naissance		
Moins uniquement	7,5	19 013
Mois et année	0,1	19 013
Âge au décès	0,1	11 32
Âge/date du premier mariage[1]	0,1	97 24
Niveau d'instruction de l'enquêtée	0,1	16 798
Diarrhée les 2 dernières semaines	0,4	5 794
Anthropométrie[2]		
Taille	4,6	5 908
Poids	4,5	5 908
Taille ou poids	4,6	5 908

[1] Sans information pour l'âge et l'année
[2] Enfant non mesuré

Tableau C.4 Naissances par année de naissance

Nombre de naissances, pourcentage de naissances avec une date de naissance complète, rapport de masculinité à la naissance et rapport de naissances annuelles pour les enfants Survivants (S), les enfants Décédés (D) et l'Ensemble des enfants (E) (pondéré), selon l'année de calendrier, EPSF Maroc 2003-04

Année de calendrier	Effectif de naissances			Pourcentage ayant une date de naissance complète[1]			Rapport de masculinité à la naissance[2]			Rapport de naissances annuelles[3]		
	V	D	T	V	D	T	V	D	T	V	D	T
2003	1 091	41	1 132	100,0	100,0	100,0	96,3	179,4	98,5	na	na	na
2002	1 135	51	1 186	100,0	97,7	99,9	95,2	173,4	97,6	na	na	na
2001	1124	46	1 170	99,7	94,7	99,5	98,3	103,8	98,5	94,2	83,2	93,7
2000	1 251	59	1 311	99,9	100,0	99,9	96,8	147,5	98,7	108,4	123,0	109,0
1999	1 185	51	1 236	99,7	100,0	99,7	109,4	168,3	111,3	97,6	90,5	97,3
1998	1 177	53	1 230	99,9	95,4	99,7	103,2	95,7	102,8	97,1	70,9	95,6
1997	1 238	98	1 336	95,4	63,4	93,0	101,5	141,7	104,0	105,9	138,9	107,8
1996	1 161	88	1 250	90,6	72,7	89,3	106,7	124,3	107,9	94,7	110,5	95,7
1995	1 215	62	1 277	90,3	68,9	89,2	101,3	107,7	101,6	101,2	72,1	99,2
1994	1 240	83	1 323	89,8	66,7	88,4	92,3	111,9	93,4	100,4	94,8	100,0
1999-2003	5 787	248	6 035	99,9	98,5	99,8	99,1	151,1	100,8	na	na	na
1994-1998	6 030	385	6 415	93,2	71,5	91,9	100,8	118,4	101,8	na	na	na
1989-1993	6 008	495	6 503	88,8	59,8	86,6	101,7	116,9	102,8	na	na	na
1984-1988	5 101	583	5 685	82,5	57,4	79,9	101,9	123,6	103,9	na	na	na
<1984	5 947	1095	7 042	70,5	41,7	66,0	101,9	125,1	105,2	na	na	na
Ensemble	28 872	2 807	31 679	87,1	57,3	84,4	101,1	124,4	102,9	na	na	na

na = Non applicable
[1] Année et mois de naissance déclarés.
[2] (Nm/Nf)x100, où Mm est le nombre de naissances masculines et Mf le nombre de naissances féminines.
[3] [2Nx/(Nx-1+Nx+1)]x100, où Nx est le nombre de naissance de l'année x.

Tableau C.5 Enregistrement de l'âge au décès en jours

Répartition des décès survenus, d'après les déclarations, à moins de 1 mois, selon l'âge au décès en jours, et pourcentage de décès néonatals survenus, d'aprés les déclarations, aux âges de 0-6 jours, par période de cinq ans précédant l'enquête, EPSF Maroc 2003-04

Âge au décès en jours	Nombre d'années précédent l'enquête				Total 0-19
	0-4	5-9	10-14	15-19	
<1	46	49	71	74	240
1	27	21	24	18	90
2	5	8	13	8	33
3	22	21	26	24	93
4	8	4	6	10	29
5	4	4	8	5	21
6	2	1	7	9	19
7	8	21	31	23	83
8	1	10	9	8	29
9	1	2	1	3	7
10	2	5	3	6	16
11	0	1	2	0	3
12	1	4	2	5	11
13	2	0	0	0	2
14	1	2	4	2	9
15	9	19	23	14	66
16	1	1	0	2	3
17	1	2	1	0	4
18	1	1	0	1	3
19	0	1	2	1	4
20	8	7	10	5	29
21	2	2	0	3	7
22	1	1	2	3	7
23	2	1	0	0	3
24	1	2	1	0	5
25	0	3	0	2	5
26	1	1	0	0	2
27	3	0	3	0	6
28	0	0	3	1	4
Ensemble 0-30	159	192	252	228	831
Pourcentage néonatal précoce[1]	71,5	56,3	61,4	64,9	63,1

[1] 0-6 jours / 0-30 jours

Tableau C.6 Enregistrement de l'âge au décès en mois

Répartition des décès survenus, d'après les déclaration, à moins de deux ans, selon l'âge au décès en mois, et pourcentage de décès survenus, d'après les déclarations, à moins de 1 mois, par période de cinq ans précédant l'enquête, EPSF Maroc 2003-04

Âge au décès en mois	Nombre d'années précédant l'enquête 0-4	5-9	10-14	15-19	Total 0-19
<1[1]	159	192	252	228	831
1	27	26	36	42	131
2	6	8	23	27	64
3	13	16	18	22	69
4	8	9	17	14	48
5	2	13	8	19	42
6	4	12	12	22	50
7	3	5	9	15	33
8	5	4	8	7	25
9	1	10	7	15	33
10	1	2	5	3	11
11	1	6	7	4	18
12	3	5	9	12	29
13	0	3	0	5	7
14	1	2	1	4	7
15	0	2	1	2	4
16	0	2	1	5	8
17	2	2	1	4	8
18	1	3	8	3	15
19	0	0	0	3	3
20	1	2	2	2	7
21	0	0	0	5	5
22	0	0	0	1	1
23	0	0	1	2	3
ND	0	0	1	0	1
1 an[2]	4	19	18	25	67
Ensemble 0-11	230	304	403	418	1 355
Pourcentage néonatal[3]	69,1	63,1	62,6	54,5	61,3

[1] Y compris les décès survenus à mois d'un moi, déclarés en jours.
[2] Âge au décès déclaré est 1 an au lieu de 12 mois
[3] (Moins d'un mois / moins d'un an) x 100

TABLEAUX SELON LA RÉGION



Tableau D.3.2 Niveau d'instruction par région

Répartition (en %) des femmes enquêtées en fonction du plus haut niveau d'instruction atteint ou complété et nombre médian d'années d'instruction, selon la région, EPSF Maroc 2003-04

Région	Plus haut niveau d'instruction						Total	Effectif de femmes	Nombre médian d'années de scolarisation
	Aucun niveau	Primaire incomplet	Primaire complet	Secondaire incomplet	Secondaire complet	Supérieur			
Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra	(32,7)	(15,9)	(1,8)	(39,0)	(7,6)	(3,0)	100,0	43	(5,4)
Guelmim-Es-Smara	46,6	20,3	2,9	25,7	2,8	1,7	100,0	221	1,8
Souss-Massa-Draa	61,5	16,5	2,0	16,3	1,2	2,5	100,0	1 765	a
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	59,5	16,1	1,1	17,1	1,5	4,6	100,0	941	a
Chaouia-Ouardigha	46,4	19,6	2,4	26,3	2,2	3,1	100,0	987	0,6
Marrakech-Tensift-Al Haouz	64,1	14,3	1,3	15,5	1,1	3,7	100,0	1 621	a
Oriental	50,1	22,2	2,1	19,1	1,7	4,8	100,0	1 208	a
Grand-Casablanca	24,3	22,8	1,0	38,3	3,5	10,1	100,0	2 124	6,3
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	33,4	16,8	1,0	33,6	3,8	11,4	100,0	1 351	4,9
Doukkala-Abda	61,9	15,0	0,7	17,2	1,6	3,6	100,0	1 034	a
Tadla-Azilal	58,2	19,2	1,1	17,7	1,6	2,3	100,0	751	a
Meknès-Tafilalet	48,6	19,8	2,3	23,5	1,3	4,6	100,0	1 265	0,1
Fès-Boulmane	44,8	18,7	0,4	27,8	2,2	6,1	100,0	930	2,5
Taza-Al Hoceima-Taounate	65,4	14,5	2,4	14,1	1,9	1,7	100,0	1 189	a
Tanger-Tétouan	50,4	19,0	1,9	22,0	0,5	6,3	100,0	1 369	a
Ensemble	50,0	18,2	1,6	23,0	1,9	5,3	100,0	16 798	a

a = Non calculés parce que 50 % des enquêtées ou plus sont sans instruction.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

Tableau D.3.4 Exposition aux média par région

Pourcentage de femmes qui habituellement lisent un journal regardent la télévision et/ou écoutent la radio au moins une fois par semaine, selon la région, EPSF Maroc 2003-04

Région	Lit un journal au moins une fois par semaine	Regarde la télévision au moins une fois par semaine	Écoute la radio au moins une fois par semaine	Exposition aux trois média	Aucun média	Effectif de femmes
Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra	(23,4)	(94,5)	(72,8)	(18,2)	(1,8)	43
Guelmim-Es-Smara	12,2	82,9	63,5	10,1	11,1	221
Souss-Massa-Draa	14,1	78,6	58,9	11,2	11,3	1 765
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	9,3	85,7	46,4	6,6	9,3	941
Chaouia-Ouardigha	18,1	80,1	50,2	11,1	12,3	987
Marrakech-Tensift-Al Haouz	13,6	76,7	55,8	10,8	15,9	1 621
Oriental	9,8	74,6	37,0	5,2	20,6	1 208
Grand-Casablanca	26,7	96,7	57,8	19,7	2,0	2 124
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	28,7	91,0	53,7	21,6	5,7	1 351
Doukkala-Abda	12,2	69,2	43,3	7,1	21,2	1 034
Tadla-Azilal	13,8	82,0	52,1	12,5	14,9	751
Meknès-Tafilalet	10,3	82,9	50,0	7,1	10,8	1 265
Fès-Boulmane	23,3	89,3	47,9	15,8	7,1	930
Taza-Al Hoceima-Taounate	7,9	56,2	39,8	5,2	30,1	1 189
Tanger-Tétouan	16,7	84,3	38,3	9,2	12,5	1 369
Ensemble	16,3	81,4	49,8	11,6	12,6	16 798

( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

Tableau D.3.11 Participation des femmes dans la prises de décision par régiion

Pourcentage de femmes qui déclarent avoir le dernier mot seule ou en commun avec quelqu'un, pour certaines prises de décision, selon la région, EPSF Maroc 2003-04

	Décide seule ou en commun avec quelqu'un de :							
Région	Propres soins de santé	Achats importants pour le ménage	Achats quotidiens pour le ménage	Visites à la famille ou aux proches	Préparation quotidienne des repas	Toutes les décisions citées	Aucune des décisions citées	Effectif de femmes
Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra	(75,0)	(75,0)	(75,0)	(75,0)	(76,6)	(65,9)	(14,3)	43
Guelmim-Es-Smara	61,6	61,0	61,3	61,3	81,1	59,9	17,8	221
Souss-Massa-Draa	49,3	38,2	36,2	50,6	71,3	31,4	19,7	1 765
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	36,3	36,2	36,1	39,2	56,2	27,0	37,1	941
Chaouia-Ouardigha	23,7	26,0	24,9	27,0	73,6	20,2	24,5	987
Marrakech-Tensift-Al Haouz	39,8	37,3	35,6	40,7	67,9	31,1	27,8	1 621
Oriental	45,2	45,6	40,1	56,6	75,1	32,2	18,7	1 208
Grand-Casablanca	45,7	42,7	40,4	46,6	59,7	30,2	28,9	2 124
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	50,2	50,1	46,3	52,9	66,1	34,8	23,3	1 351
Doukkala-Abda	26,2	24,2	25,9	45,8	65,6	21,0	29,7	1 034
Tadla-Azilal	44,4	42,8	39,9	45,1	69,6	34,9	26,7	751
Meknès-Tafilalet	44,5	42,8	41,0	52,3	67,2	34,5	26,8	1 265
Fès-Boulmane	36,4	36,2	34,9	45,3	60,4	26,2	31,0	930
Taza-Al Hoceima-Taounate	42,3	43,0	36,5	64,0	80,7	31,4	13,0	1 189
Tanger-Tétouan	44,0	48,4	39,6	53,1	67,9	27,7	20,2	1 369
Ensemble	42,1	40,5	37,7	48,4	67,8	30,3	24,7	16 798

( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

Tableau D.3.12 Opinion des femmes concernant le fait qu'un mari batte sa femme par région

Pourcentage de femmes qui pensent qu'il est justifié que dans certaines circonstances un mari batte sa femme selon certaines caractéristiques socio-démographiques,, EPSF Maroc 2003-04

Région	Pense qu'il est justifié qu'un mari batte sa femme quand:					D'accord avec au moins une des raisons mentionnées	Effectif de femmes
	Elle brûle la nourriture	Elle discute ses opinions	Elle sort sans le lui dire	Elle néglige les enfants	Elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui		
Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra	nd	nd	nd	nd	nd	nd	43
Guelmim-Es-Smara	9,3	11,8	13,4	12,1	12,5	14,2	221
Souss-Massa-Draa	18,7	31,3	44,2	41,5	32,9	50,7	1 765
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	22,0	52,4	53,5	51,0	38,6	63,0	941
Chaouia-Ouardigha	37,1	73,5	67,2	66,4	61,8	86,2	987
Marrakech-Tensift-Al Haouz	27,7	55,6	54,1	54,8	48,7	65,8	1 621
Oriental	32,6	61,9	57,7	57,9	52,4	71,4	1 208
Grand-Casablanca	8,8	34,0	28,1	31,2	24,7	49,5	2 124
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	12,7	38,5	33,2	34,3	30,3	52,7	1 351
Doukkala-Abda	35,0	60,7	56,1	57,4	45,7	69,5	1 034
Tadla-Azilal	25,7	63,8	63,2	63,9	54,3	72,5	751
Meknès-Tafilalet	28,5	53,3	53,6	54,4	51,7	67,3	1 265
Fès-Boulmane	26,2	57,1	52,6	53,5	44,9	72,3	930
Taza-Al Hoceima-Taounate	40,5	67,9	68,8	63,5	55,6	77,8	1 189
Tanger-Tétouan	15,0	52,7	50,1	49,1	46,7	69,8	1 369
Ensemble	23,6	50,8	49,5	49,4	42,8	63,9	16 798

nd = Non déclaré

Tableau D.3.13.1 Opinion des femmes concernant le refus d'avoir des rapports sexuels avec le conjoint par région

Pourcentage de femmes qui pensent qu'il est justifié que dans certaines circonstances une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son conjoint, selon la région, EPSF Maroc 2003-04

Région	Pense qu'il est justifié de refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand :				D'accord avec toutes les raisons mentionnées	N'est d'accord avec aucune des raisons mentionnées	Effectif de femmes
	Elle sait que son mari a une IST	Elle sait que son mari a des rapports sexuels avec d'autres femmes	Elle a accouché récemment	Elle est fatigué ou n'est pas d'humeur			
Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra	(56,5)	(56,5)	(23,8)	(47,1)	(17,7)	(43,5)	43
Guelmim-Es-Smara	59,6	59,7	23,7	39,2	14,8	40,1	221
Souss-Massa-Draa	52,5	51,6	33,2	33,1	17,7	44,1	1 765
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	53,1	52,0	25,0	34,4	22,7	44,0	941
Chaouia-Ouardigha	60,4	58,8	40,7	51,5	35,2	38,5	987
Marrakech-Tensift-Al Haouz	60,9	59,4	14,9	31,2	12,0	37,4	1 621
Oriental	53,6	52,1	15,5	45,6	14,6	45,8	1 208
Grand-Casablanca	50,0	48,9	11,2	25,9	8,7	49,0	2 124
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	53,4	51,2	30,2	37,4	20,8	44,1	1 351
Doukkala-Abda	58,8	51,7	37,6	37,2	30,1	40,0	1 034
Tadla-Azilal	59,2	54,4	4,2	26,9	2,9	39,9	751
Meknès-Tafilalet	56,0	51,4	24,8	24,2	11,6	42,1	1 265
Fès-Boulmane	52,5	50,9	26,9	30,0	18,4	45,5	930
Taza-Al Hoceima-Taounate	49,6	47,8	13,6	35,2	12,5	48,9	1 189
Tanger-Tétouan	53,1	52,1	17,8	35,2	12,6	44,0	1 369
Ensemble	54,6	52,4	22,3	34,0	16,2	43,6	16 798

( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

Tableau D.3.13.2 Opinion des femmes non-célibataires concernant le refus d'avoir des rapports sexuels avec le conjoint par région

Pourcentage de femmes qui pensent qu'il est justifié que, dans certaines circonstances, une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son conjoint, selon la région, EPSF Maroc 2003-04

Région	Pense qu'il est justifié de refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand :						
	Elle sait que son mari a une IST	Elle sait que son mari a des rapports sexuels avec d'autres femmes	Elle a accouché récemment	Elle est fatigué ou n'est pas d'humeur	D'accord avec toutes les raisons mentionnées	N'est d'accord avec aucune des raisons mentionnées	Effectif de femmes
Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra	*	*	*	*	*	*	24
Guelmim-Es-Smara	96,0	96,1	38,1	63,2	23,8	3,4	137
Souss-Massa-Draa	90,4	88,9	57,1	57,0	30,5	3,8	1 025
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	91,5	89,6	43,0	59,3	39,1	3,4	546
Chaouia-Ouardigha	96,9	94,4	65,3	82,7	56,5	1,3	615
Marrakech-Tensift-Al Haouz	95,9	93,6	23,5	49,2	18,9	1,4	1 029
Oriental	97,9	95,1	28,3	83,2	26,7	1,0	662
Grand-Casablanca	95,3	93,2	21,3	49,4	16,5	2,9	1 115
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	91,3	87,5	51,6	64,0	35,5	4,4	790
Doukkala-Abda	96,4	84,7	61,7	61,0	49,4	1,7	631
Tadla-Azilal	94,2	86,6	6,8	42,8	4,6	4,4	472
Meknès-Tafilalet	94,9	87,1	42,0	41,1	19,6	1,9	746
Fès-Boulmane	93,5	90,5	47,9	53,4	32,7	3,0	523
Taza-Al Hoceima-Taounate	95,7	92,4	26,2	67,9	24,2	1,3	615
Tanger-Tétouan	91,7	89,9	30,8	60,7	21,8	3,4	793
Ensemble	94,2	90,6	38,5	58,7	28,0	2,6	9 724

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

Tableau D.7.3 Besoins en matière de planification familiale par région

Pourcentage de femmes actuellement mariées ayant des besoins non-satisfaits en matière de planification familiale, pourcentage de celles dont les besoins sont satisfaits et pourcentage de demande potentielle totale de services de planification familiale, selon la région, EPSF Maroc 2003-04

Région	Besoins non-satisfaits en matière de planification familiale[1]			Besoins en PF satisfaits (utilisation actuelle)[2]			Demande potentielle totale en planification familiale[3]			Pourcentage de demande satisfaite	Effectif de femmes
	Pour l'espacement	Pour la limitation	Total	Pour l'espacement	Pour la limitation	Total	Pour l'espacement	Pour la limitation	Total		
Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	22
Guelmim-Es-Smara	8,4	12,8	21,2	20,2	33,2	53,3	30,6	46,5	77,0	72,5	123
Souss-Massa-Draa	3,6	6,3	9,8	20,4	42,5	62,9	24,8	49,4	74,2	86,8	901
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	3,4	6,4	9,8	20,6	40,6	61,2	25,3	48,0	73,3	86,7	490
Chaouia-Ouardigha	5,4	6,9	12,3	21,0	44,0	65,0	26,7	52,1	78,8	84,4	568
Marrakech-Tensift-Al Haouz	2,7	6,8	9,4	25,6	37,3	62,9	28,7	44,3	73,0	87,1	936
Oriental	3,2	6,8	9,9	21,1	37,3	58,4	25,8	45,4	71,2	86,1	598
Grand-Casablanca	2,7	5,8	8,6	24,5	43,8	68,4	28,9	50,3	79,1	89,2	988
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	3,1	7,1	10,1	18,8	46,8	65,6	23,4	54,0	77,4	86,9	717
Doukkala-Abda	2,7	2,5	5,2	24,6	43,2	67,8	29,7	47,6	77,3	93,3	572
Tadla-Azilal	4,4	5,2	9,6	23,6	40,0	63,6	29,7	45,6	75,2	87,2	422
Meknès-Tafilalet	3,6	5,6	9,1	22,6	41,1	63,7	27,6	47,4	75,0	87,8	655
Fès-Boulmane	3,2	6,3	9,5	23,7	38,4	62,1	28,2	45,5	73,7	87,1	471
Taza-Al Hoceima-Taounate	3,6	8,5	12,2	18,6	39,6	58,2	23,0	49,4	72,4	83,2	574
Tanger-Tétouan	3,7	9,2	12,9	23,8	34,1	57,9	28,6	44,2	72,8	82,3	746
Ensemble	3,5	6,6	10,0	22,3	40,6	63,0	27,0	48,0	75,0	86,6	8 782

[1] Les besoins non-satisfaits pour espacer concernent les femmes enceintes dont la grossesse ne s'est pas produite au moment voulu, les femmes en aménorrhée dont la dernière naissance ne s'est pas produite au moment voulu et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant leur prochaine naissance, Sont également incluses dans les besoins non-satisfaits pour espacer, les femmes qui ne sont pas sûres de vouloir un autre enfant ou qui veulent un autre enfant mais ne savent pas à quel moment elles veulent avoir cet enfant à moins qu'elles déclarent que ce ne serait pas un problème si elles apprenaient qu'elles étaient enceintes dans les semaines à venir. Les besoins non-satisfaits pour limiter concernent les femmes enceintes dont la grossesse n'était pas voulue, les femmes en aménorrhée dont la dernière naissance n'était pas voulue et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants. Sont exclues les femmes qui sont enceintes ou en aménorrhée et qui sont tombées enceintes alors qu'elles utilisaient une méthode (ces femmes ont besoin d'une meilleure méthode de contraception).

[2] L'utilisation pour espacer concerne les femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir un autre enfant ou qui ne sont pas sûres d'en vouloir un autre, L'utilisation pour limiter concerne les femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants, Il faut noter que les méthodes spécifiques utilisées ne sont pas prises en compte ici.

[3] Les non utilisatrices qui sont enceintes ou en aménorrhée et les femmes dont la grossesse était le résultat de l'échec d'une méthode de contraception ne sont pas incluses dans la catégories des besoins non-satisfaits, mais sont incluses dans la demande totale en contraception (puisqu'elles seraient en train d'utiliser si leur méthode n'avait pas échoué).

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

Tableau D.8.5 Lieu de l'accouchement par région

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par lieu d'accouchement, selon la région, EPSF Maroc 2003-04

Région	Établissement de santé		Maison	Autre	ND	Total	Effectif de naissances
	Secteur public	Secteur privé					
Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra	*	*	*	*	*	*	17
Guelmim-Es-Smara	53,7	5,3	41,0	0,0	0,0	100,0	96
Souss-Massa-Draa	48,0	5,3	45,6	0,7	0,3	100,0	675
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	45,6	8,6	45,1	0,2	0,4	100,0	331
Chaouia-Ouardigha	64,5	2,6	32,7	0,3	0,0	100,0	425
Marrakech-Tensift-Al Haouz	42,1	3,0	54,7	0,0	0,1	100,0	664
Oriental	54,2	12,9	31,9	0,3	0,6	100,0	386
Grand-Casablanca	66,2	23,0	10,2	0,2	0,4	100,0	565
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	75,8	10,7	12,9	0,0	0,6	100,0	396
Doukkala-Abda	55,6	3,2	40,8	0,4	0,0	100,0	450
Tadla-Azilal	58,8	0,5	40,2	0,2	0,2	100,0	286
Meknès-Tafilalet	51,5	4,5	42,7	0,0	1,2	100,0	412
Fès-Boulmane	53,9	6,4	39,4	0,0	0,3	100,0	306
Taza-Al Hoceima-Taounate	44,4	3,0	51,2	0,9	0,4	100,0	424
Tanger-Tétouan	40,1	13,0	46,3	0,4	0,2	100,0	609
Ensemble	53,0	7,8	38,5	0,3	0,3	100,0	6 043

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

Tableau D.8.6 Assistance lors de l'accouchement par région

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par type d'assistance durant l'accouchement, selon la région, EPSF Maroc 2003-04

Région	Médecin	Infirmière, sage-femme	Accoucheuse traditionnelle	Parent/ autre	Personne	NSP/ ND	Total	Effectif de naissances
Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra	*	*	*	*	*	*	*	17
Guelmim-Es-Smara	9,9	56,7	16,4	16,2	0,8	0,0	100,0	96
Souss-Massa-Draa	10,0	45,6	16,1	24,8	3,2	0,3	100,0	675
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	11,1	44,5	40,5	2,7	0,6	0,7	100,0	331
Chaouia-Ouardigha	9,1	59,4	20,7	9,2	1,4	0,2	100,0	425
Marrakech-Tensift-Al Haouz	8,9	38,8	28,1	22,9	0,7	0,5	100,0	664
Oriental	18,9	50,5	19,6	10,9	0,0	0,0	100,0	386
Grand-Casablanca	37,5	53,6	5,2	3,1	0,0	0,6	100,0	565
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	39,8	45,5	7,7	6,2	0,3	0,6	100,0	396
Doukkala-Abda	11,1	47,9	34,9	4,7	1,2	0,2	100,0	450
Tadla-Azilal	6,5	54,4	22,9	15,5	0,5	0,2	100,0	286
Meknès-Tafilalet	9,4	48,5	16,4	23,8	0,5	1,2	100,0	412
Fes-Boulmane	15,8	46,3	18,4	19,3	0,0	0,3	100,0	306
Taza-Al Hoceima-Taounate	7,5	41,0	19,8	29,6	1,5	0,6	100,0	424
Tanger-Tétouan	17,4	38,8	23,6	18,9	0,8	0,4	100,0	609
Ensemble	15,7	46,9	20,6	15,4	0,9	0,4	100,0	6 043

Note : Si l'enquêtée déclare que plus d'une personne a assisté l'accouchement, seule la personne la plus qualifiée est prise en compte dans ce tableau.
* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

Tableau D.8.7 Caractéristiques de l'accouchement par région

Pourcentage de naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête selon que l'accouchement a été effectué, ou non par césarienne, répartition (en %) du poids de l'enfant à la naissance et de sa grosseur estimée par la mère, selon la région, EPSF Maroc 2003-04

		Poids de l'enfant					Grosseur de l'enfant à la naissance					
Région	Accouchement par césarienne	Non pesé	Moins de 2,5 kg	2,5 kg ou plus	NSP/ND	Total	Très petit	Plus petit que la moyenne	Moyen ou plus gros que la moyenne	NSP/ND	Total	Nombre de naissances
Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	17
Guelmim-Es-smara	4,0	36,9	8,3	50,0	4,9	100,0	1,4	22,1	76,5	0,0	100,0	96
Souss-Massa-Draa	4,6	45,6	5,3	43,4	5,7	100,0	3,4	17,1	78,9	0,6	100,0	675
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	5,1	49,0	3,9	19,5	27,6	100,0	9,6	16,9	73,1	0,4	100,0	331
Chaouia-Ouardigha	2,8	36,0	7,8	50,1	6,1	100,0	7,6	28,2	64,0	0,2	100,0	425
Marrakech-Tensift-Al Haouz	3,2	56,0	4,3	26,6	13,0	100,0	5,1	19,7	74,0	1,2	100,0	664
Oriental	6,4	35,3	5,4	43,0	16,2	100,0	4,3	19,7	76,0	0,0	100,0	386
Grand-Casablanca	14,3	8,7	11,0	68,0	12,2	100,0	6,3	15,4	75,7	2,5	100,0	565
Rabat-Sale-Zemmour-Zaër	7,1	13,0	9,3	71,4	6,3	100,0	4,7	13,1	81,6	0,6	100,0	396
Doukkala-Abda	4,8	41,5	6,5	42,2	9,8	100,0	13,6	15,9	70,5	0,0	100,0	450
Tadla-Azilal	3,7	43,1	3,4	41,4	12,0	100,0	1,4	20,1	78,1	0,4	100,0	286
Meknes-Tafilalet	2,1	41,3	6,0	33,6	19,1	100,0	3,6	16,4	78,1	1,9	100,0	412
Fes-Boulmane	4,3	39,2	3,8	45,9	11,1	100,0	1,6	13,2	84,7	0,5	100,0	306
Taza-Al Hoceima-Taounate	2,5	57,0	3,4	27,5	12,1	100,0	3,4	14,6	81,7	0,2	100,0	424
Tanger-Tetouan	7,1	49,1	4,4	36,0	10,5	100,0	6,4	25,9	66,7	1,0	100,0	609
Ensemble	5,4	39,9	5,9	42,5	11,8	100,0	5,5	18,5	75,2	0,8	100,0	6 043

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

Tableau D.8.8 Soins postnatals par région

Répartition (en %) des femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête et qui s'est déroulée en dehors d'un établissement sanitaire, en fonction du moment où les soins post-natals ont été effectués pour la naissance la plus récente, selon la région, EPSF Maroc 2003-04

Région	Temps écoulé avant le premier examen postnatal						
	Dans les deux jours après accouchement	3-6 jours après accouchement	7-41 jours après accouchement	NSP/ ND	Aucune visite postnatale[1]	Total	Effectif
Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra	*	*	*	*	*	*	3
Guelmim-Es-Smara	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	100,0	30
Souss-Massa-Draa	0,5	0,0	5,5	0,0	94,0	100,0	224
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	1,3	0,7	4,9	0,0	93,1	100,0	113
Chaouia-Ouardigha	0,7	0,0	2,5	0,0	96,8	100,0	107
Marrakech-Tensift-Al Haouz	0,7	1,7	2,3	0,4	94,9	100,0	266
Oriental	1,3	3,2	6,0	0,0	89,5	100,0	96
Grand-Casablanca	0,0	0,0	9,9	0,0	90,1	100,0	47
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	2,7	0,0	10,9	0,0	86,5	100,0	40
Doukkala-Abda	1,0	0,0	2,1	0,0	96,9	100,0	125
Tadla-Azilal	0,9	0,0	4,1	0,0	95,0	100,0	90
Meknès-Tafilalet	1,5	0,5	10,3	0,0	87,7	100,0	138
Fès-Boulmane	3,2	1,3	3,0	0,0	92,5	100,0	89
Taza-Al Hoceima-Taounate	0,5	0,0	1,0	0,0	98,5	100,0	152
Tanger-Tétouan	0,6	1,2	8,4	0,6	89,2	100,0	187
Ensemble	1,0	0,7	4,8	0,1	93,4	100,0	1 708

[1] Y compris les femmes ayant reçu les premiers soins postnatals après 41 jours.

Tableau D.9.2 Vaccinations par région

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu certains vaccins déterminés (selon le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère) et pourcentage pour lesquels un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice, selon la région, EPSF Maroc 2003-04

Région	BCG	DTCoq			Polio			Rougeole	Tous les vaccins[1]	Aucune vaccination	Pourcentage avec carnet de vaccination montré	Effectif d'enfants
		1	2	3	1	2	3					
Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	4
Guelmim-Es-Smara	(97,2)	(97,2)	(97,2)	(97,2)	(97,2)	(97,2)	(97,2)	(94,1)	(94,1)	(2,8)	(94,4)	28
Souss-Massa-Draa	98,3	97,6	96,3	95,4	98,3	97,7	96,8	92,7	90,4	1,7	76,0	121
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	100,0	100,0	98,8	97,5	100,0	98,8	97,5	88,2	88,2	0,0	81,7	64
Chaouia-Ouardigha	98,9	96,8	95,6	93,5	96,8	95,6	93,5	89,0	89,0	1,1	85,6	73
Marrakech-Tensift-Al Haouz	97,4	97,4	97,4	96,7	96,6	95,8	95,1	92,2	89,9	2,6	76,6	111
Oriental	100,0	96,1	94,9	92,9	97,4	97,4	94,1	80,7	80,7	0,0	79,5	68
Grand-Casablanca	100,0	100,0	100,0	97,2	100,0	100,0	96,1	90,6	89,6	0,0	78,5	108
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	98,8	98,8	98,8	98,8	98,8	98,8	98,8	93,3	93,3	1,2	94,5	82
Doukkala-Abda	100,0	97,5	97,5	97,5	97,5	97,5	97,5	93,0	93,0	0,0	45,6	70
Tadla-Azilal	87,8	84,5	81,8	77,6	87,9	85,2	77,6	80,9	76,2	10,5	81,5	50
Meknès-Tafilalet	98,5	98,5	98,5	97,9	98,5	98,5	98,5	94,7	94,7	1,5	77,8	89
Fès-Boulmane	98,1	98,1	96,5	94,7	98,1	96,5	94,7	91,2	91,2	1,9	90,5	50
Taza-Al Hoceima-Taounate	100,0	99,1	98,1	94,9	99,1	98,1	93,8	90,1	86,9	0,0	66,0	74
Tanger-Tétouan	98,2	97,8	96,7	91,5	98,1	97,0	95,0	89,4	87,3	0,7	80,7	137
Ensemble	98,4	97,5	96,8	94,8	97,8	97,1	95,2	90,4	89,1	1,4	78,3	1 130

[1] BCG, rougeole, les trois doses de DTCoq et les trois doses de polio (non-compris la dose de polio donnée à la naissance).
* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

Tableau D.9.4 Prévalence et traitement des infections respiratoires aiguës (IRA) et de la fièvre par région

Parmi les enfants de moins de cinq ans, pourcentage de ceux qui ont souffert de la toux avec une respiration courte et rapide (symptômes d'IRA), pourcentage de ceux qui ont eu de la fièvre au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête et pourcentage de ceux ayant des symptômes d'IRA et/ou de la fièvre pour lesquels on a recherché un traitement auprès d'un établissement sanitaire ou d'un prestataire de santé, selon la région, EPSF Maroc 2003-04

Région	Pourcentage d'enfants avec des symptômes d'IRA	Pourcentage d'enfants avec de la fièvre	Effectif d'enfants	Pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement[1]	Effectif d'enfants
Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra	*	*	*	*	5
Guelmim-Es-Smara	18,2	33,3	93	30,2	33
Souss-Massa-Draa	5,5	29,6	647	36,0	200
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	6,9	21,5	319	19,6	79
Chaouia-Ouardigha	11,8	25,0	405	26,3	122
Marrakech-Tensift-Al Haouz	10,9	22,9	639	36,8	157
Oriental	18,3	32,6	371	24,2	137
Grand-Casablanca	16,7	28,2	552	46,9	192
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	12,8	33,4	390	34,7	143
Doukkala-Abda	10,2	23,5	433	28,0	120
Tadla-Azilal	16,9	23,0	272	36,9	71
Mèknes-Tafilalet	7,9	21,6	388	37,0	89
Fès-Boulmane	17,2	28,6	295	50,5	99
Taza-Al Hoceima-Taounate	9,0	26,7	404	28,0	111
Tanger-Tétouan	10,9	30,7	570	34,3	191
Ensemble	11,6	27,0	5 794	34,5	1 749

IRA = Infection respiratoire aiguë
[1] Non compris les pharmacies, les boutiques et les guérisseurs traditionnels.
* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

Tableau D.9.7 Traitement de la diarrhée par région

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête pour lesquels on a recherché un traitement auprès d'établissement sanitaire ou d'un prestataire de santé, pourcentage de ceux qui ont suivi une thérapie de réhydratation par voie orale (TRO) et pourcentage à qui on a donné d'autres traitements, selon la région, EPSF Maroc 2003-04

		Thérapie de réhydratation orale (TRO)					Autres traitements				
Région	Pourcentage pour lesquels on a cherché un traitement[1]	Sachets de SRO	Solution maison	SRO ou solution maison	Apport en liquides augmenté	SRO, solution maison, ou apport en liquides augmenté	Comprimés ou sirop	Injection	Remède maison/ autre	Aucun traite-ment	Effectif d'enfants
Guelmim-Es-Smara	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	7
Souss-Massa-Draa	36,2	29,8	1,7	31,1	47,9	56,0	33,3	0,0	16,5	32,1	88
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	5,8	14,1	0,0	14,1	35,1	40,5	1,8	0,0	12,3	51,4	45
Chaouia-Ouardigha	21,4	15,8	1,4	15,8	33,9	46,2	25,9	0,0	13,7	41,0	53
Marrakech-Tensift-Al Haouz	26,3	17,9	12,0	27,8	32,6	48,7	29,7	2,0	26,8	31,6	50
Oriental	19,3	19,9	1,9	20,9	44,3	52,0	20,3	0,0	20,6	33,6	41
Grand-Casablanca	21,9	16,9	15,3	26,3	34,6	46,3	41,4	0,0	19,6	23,8	39
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	25,0	31,7	15,7	42,2	53,6	64,0	34,2	0,0	5,4	31,6	66
Doukkala-Abda	9,8	16,6	6,6	22,2	53,3	59,8	16,9	0,0	13,0	30,9	85
Tadla-Azilal	12,5	36,6	7,5	41,2	73,9	80,6	25,4	0,0	5,2	19,4	27
Meknès-Tafilalet	15,4	32,1	0,0	32,1	32,0	48,0	22,7	0,0	22,9	33,4	37
Fès-Boulmane	33,6	25,3	9,8	35,1	19,0	45,4	30,8	0,0	11,3	27,8	46
Taza-Al Hoceima-Taounate	24,7	29,1	0,0	29,1	22,9	47,6	12,3	0,0	8,4	44,0	37
Tanger-Tétouan	25,1	19,9	14,4	30,9	51,5	63,9	17,7	0,0	14,5	32,3	74
Ensemble	22,1	22,9	6,9	28,0	42,2	54,0	24,4	0,1	14,5	33,7	693

Note : La TRO comprend la solution préparée à partir des sels de réhydratation orale (SRO), les solutions maison recommandées (SMR), ou l'augmentation de la quantité de liquides. La région Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra ne figure pas dans ce tableau car la prévalence de la diarrhée est nulle.
[1] Non compris les pharmacies, les boutiques et les guérisseurs traditionnels.
* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

Tableau D.10.6 Consommation de micronutriments par région

Pourcentage de derniers-nés, âgés de moins de trois ans et vivant avec leur mère qui ont reçu des aliments riches en vitamine A au cours des sept jours ayant précédé l'enquête, pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui ont reçu des compléments de vitamine A au cours des six mois ayant précédé l'enquête, selon la région, EPSF Maroc 2003-04

Région	A consommé des fruits et des légumes riches en vitamine A[1]	Effectif d'enfants	A consommé des compléments de vitamine A	Effectif d'enfants
Laayoune-Boujdou-Sakia Al Hamra	*	8	*	16
Guelmim-Es-Smara	82,3	56	39,5	86
Souss-Massa-Draa	73,8	329	20,5	598
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	52,5	175	17,1	288
Chaouia-Ouardigha	60,8	220	21,3	365
Marrakech-Tensift-Al Haouz	66,3	346	28,5	565
Oriental	60,6	194	21,4	342
Grand-Casablanca	66,2	295	24,7	499
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	58,1	220	38,3	346
Doukkala-Abda	67,3	233	25,7	390
Tadla-Azilal	71,7	125	22,3	248
Meknès-Tafilalet	65,0	218	31,9	357
Fès-Boulmane	57,0	176	38,0	259
Taza-Al Hoceima-Taounate	39,9	219	21,9	364
Tanger-Tétouan	57,0	287	21,8	526
Ensemble	62,3	3,102	25,5	5 248

Note : L'information sur les suppléments de vitamine A est basée sur la déclaration des mères.
[1] Y compris les citrouilles, les carottes, les patates douces rouges, les légumes à feuilles vertes, et les autres fruits et légumes locaux qui sont riches en vitamine A.
* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

PERSONNEL DE L'EPSF 2003-2004 — ANNEXE E

Directeur technique de l'enquête

Mustapha AZELMAT

Coordonnateurs

Khadija LOUDGHIRI
Abdeljabbar EL GANDASSI
Abdelaaziz ZGUIOUAR

Formateurs

Démographes/Statisticiens

Mustapha AZELMAT
Khadija LOUDGHIRI
Abdeljabbar EL GANDASSI
Abdelaziz ZGUIOUAR

Cliniciens

Dr Aziza BENNANI
Abdennabi KHOUNFI
El Arbi RJIMATI
Dr Mhammed BRAIKAT
Dr Abdelouahab ZERRARI
Dr Aziza LYAGHFOURI

Superviseurs

Mustapha AZELMAT
Khadija LOUDGHIRI
Abdeljabbar EL GANDASSI

Administration

Mohammed MAAKOULI

Secrétariat
Bouchra KHARACHI

Agents de dénombrements

ADNANI ALAOUI Abdelaziz
Aicha HATOCH
Mohamed AIT EL HOUARI
Abdslam ALALOUCHE
Abdelouahed ALAMI
El Mustapha ALIBAT
Khalifa ANNAMRI
Ahmed AOUZAL
Mohammed BAKHTAOUI
Najat BELBYED
El Mostafa BELHAJ
Naima BENHSAIN
Mohamed BERKAT
Mohamed BILAL
Ahmed BOUMZOUR
Mohammed BOURABAA
Hassan BOURJIJ
Amina CHAKIR
Mustapha CHAKIR
M'barek CHARAHA
Khalid CHEIBY
Said CHNITEF
Mustapha DRIOUICH
Abdelmoumen EL AABID
Rachid EL BAKALI
Mohamed EL GOUDAMI
Abdelaziz EL HAID
Mustapha EL HALKA
Abdelkhalak EL IDRISSI
Ahmed EL KHALOUFI
Hassan EL KHEIRI
Mohammed EL KOURICHI
Abdelmoumen ELAABID
Elhoussain ELAMOUDI
ER RAMACH Abdelhay
Saadia ESSALIHY
El Mokhtar FAYDA
Saadia HADDADI
Aicha HAMOUIMID
Hassan BOURJIJ
Hassan BELAJROU
Abdelhak HENDI
Ouafae HNIHAN
Karim BRIGUI
Abdelmajid KATTOU
Najia KELLALI
Ahmed KSIBER
Mouloud LAAMIRI
Abdeladim LACHHAB
Abdelmajid LAHRICHI
Rachid LAKHLIFI
Mohammed LAMBARKI
Mustapha LIHI
Mohamed MADDAH
Meryem MOULOUA
Abderrahman MHAMZOU
Ahmed MORAD
Mohamed MOUATIQUE
Fatima MOUKRIM
Mohammed ZOHRI
Larbi OBBARI
Abdelkarim GUERROUJI
RACHIDI Mohamed
Rahal SAFYANI
Mohssine RAHHAL
Hassania RATBAOUI
Amar ROUBIA
Azeddine SELLAK
Mabrouk SOUKAMI
Rhita TAGAYOUT
Malika TALAA
Mohammed TIRGUIT
Mustapha WAKRIM
Mfeddal ZAARI

Chauffeurs

Mhamed ABDI
Abdelkader ACHIR
Hassan AGHBAL
Bouchta AHMAMOU
Mohamed AIT ADDI OU ALI
Abdeljalil AIT ERRAMI
Moussa ALLAOUI
Lahcen AMAANANE
Brahim AMAROUCH
Bouazza AOUANE
Mustapha AQADDOUSS
Rachid BABOUCH
BEDROUNE Lahcen
Abdellatif BELKHOU
BEN MOHAMMED OUABA
Mustapha BENHELLA
Abdellah BENLAHBIB
Allal BOULAQTIB
Ahmed BOUZERDA
Ali CHERKANE
Abderrazak HAMDI
Mohamed HAMZAOUI
Driss HANDA
Mohamed HBIBI
Hmamed BOUMEDIAN
Ahmed IBRAHIMI
Abdellah IGHIR
Said JABER
Salah JAMIL
Abdelaziz JHILAL
KAIA El Mostafa
Yahya KEBDANI
Abdeslam LABIAD
Mbarek LAGRAOUI
El Mostapha MESDARI
Ahmed MISSOURI
Khalid MOULIK
Ahmed OUABA
Mohamed OUBASSOU
Mohamed OUHOU

Chauffeurs (Suite)	Khalid CHERKKAOUI El Hassane DEBBALI Mohamed DGHOUGHI Miloud EL AMRANI Brahim EL HATTAB El Mahi JOUDAR Mohamed EL WIDADI Kacem ESSEBBANE Mustapha FAKROUD Abderrahim FAYSSEL Noureddine GHONO HADJ AMAR AABID	Abdelaziz QAISARI Abdelkader RAHMANI Mohamed SABIR Taib SAMIH Mohammed SAOUINSSI Said SARAJ Mohammed SELHOUNE Youssef SENHAJI Abdeljalil SERBOUTI TAIKI Abdelmajid TOUNANI Mohammed Hamid WARDI Mohammed ZAMMOURI

Pré-enquête

Formateurs	Mustapha AZELMAT Khadija LOUDGHIRI	Abdeljabbar EL GANDASSI Abdelaaziz ZGUIOUAR
Contrôleurs	Said CHNITEF Khalid CHEIBY	Ahmed KSIBER Mahfoud ARCHACH
Enquêtrices	Zineb BELKHAL Amal EL BELLAOUI Hakima EL KABIRI Fouzia EL QUORCHI Fatima Zahra FATHI	Hayat KOUBRI Wafaa LAHMAR Rachida RAMI Sophia RARHAI saida SAHILI
Chauffeurs	Abdellah IGHIR Abdeslam ZOUHAIR Said AGHRABA	

Principale Enquête

Chefs d'équipe	Bacha BEN AHMED Hassan BELAJROU Abdelkader BELEMKADDEM Houda BENDELLA Mustapha CHAKIR Malika EL ATTAR Fatima Zahra FATHI	Hafida GUENFOUDI Abdelmajid KATTOU Hayate KOUBRI Ahmed KSIBER Abdelmajid LAHRICHI Abderrahman MHAMZOU Ouidad TOUTA
Enquêtrices	ACHAROUI Fatima Btissam AKAABOUNE Fatiha AMANZOUL Latifa AMNAY Tourya ASSAMAOUAT Hafida BENACHIR Fatima BENBRIK Touria BENMBAREK Jamila BOUHIYADI Ghizlane BOUHOUILI Asmae BOUKRAMA El Hassania CHAOUIBA Yamna DAFIRI Yamna ECH-CHERRAQ Mina DALIL Bouchra EL HARRAK Lalla El Hassania EL IDRISSI Hakima EL KABIRI Saadia EL MANDDOUBI	Rkia LAGGAR Wafaa LAHMAR Nada LAHMISSA Hanane LAMHIRZI Maha MELLAL Amal MONTACER Meryem MOULOUA Khadija NAITNBAREK Jemaa NOUR Zakia OUAHABI Touriya OUBERRY Hafida OUBIHI Malika OUSSABOU Mounia HOUSSANINI Hasna RADI Sophia RARHAI Loubna SADIK Latifa SAKR Hasnae SALMI

Enquêtrices (Suite)	Rachida EL MTOUNI	SEKHSOKH LAILA
	Fatima ENJOUMI	Mimouna SIBBOU
	Ilham ENNOURI	Fatiha ZAAOUAT
	Ilham FAJRI	Mbarka ZAD QADER
	Rachida FILALI	Essediya ZAG
	Halima HADDAD	Fouzia ZOUHRI
	Najat HANACH	Naima ZRIWIL
Chauffeurs	El Achir AFIFI	EL OUIZ Moulid
	Nordin AHALOUAN	Najib EL YAMNI
	Abdelaziz AIT HADDOU	Mohamed EROUGUY
	Driss ALAOUI MEDAGHRI	Kacem ESSABBANE
	Mustapha AQADDOUSS	Abdelghafour EZZINE
	Ahmed BAKALI	Mohammed GAMIH
	Abderrahim BENAHMED	Noureddine GHONO
	Mustapha BENHELLA	Mustapha HAYATI
	Hassan BOUHANK	Abdellah IGHIR
	Said BOUSNOUS	Driss JELLIOUI
	My Hfid CHAKIR	Abdessamad KATOUI
	Jamal CHARRAB	Khalid KEBLLIL
	Abderrahime CHEMS EL MAARIF	Lahcen KHRAMEZ
	Khalid CHERKAOUI	Mohamed LAMLIH
	Ahmed CHTAINA	Omar LEMRINI
	Mohammed ECHIGUER	Abdelkader MABROUKI
	El Hassane EL BOUAZZAOUI	Said MARZOUK
	Hassan EL MABROUK	Fattah RADI
	El Mahdi MOUIMLA	Fouad REHOUMI
	Mohammed EL MIBRAK	Abderrahmane SEBBANI
	Driss EL MINOR	Abdellatif SOUKAINI
	Mohammed EL MOUDEN	Yahya KEBDANI

Informatique

Programmation	Mahfoud ARCHACH	
Chifferement Saisie	Khadija OUBELLA	Latifa NASSER
	Zoubida TOK	Khalid CHEIBY
	Bouchra BELAITER	Said CHNITEF
	Fatima BEN CHAM	Abdelghafour EL MAZANI
	Maria CHEKKOURI	Adil ENNASSIRI
	Aicha EL FENNI	Asmaa LAMRANI
	Touria JAABARI	Aziza ALMIAADI
Analyse	Mustapha AZELMAT	Khadija LOUDGHIRI
	Dr Mhammed BRAIKAT	Dr M'hamed Ouakrim
	Dr Hamid CHEKLI	El Arbi RJIMATI
	Abdeljabbar EL GANDASSI	Dr Abdelwahab ZERRARI
	Jilali HAZIM	Abdelaziz ZGUIOUAR
	El Arbi HOUSNI	Dr Ahmed ZIDOUH
	Dr Ahmed LAABID	

Ligue Arabe
Projet PAPFAM
Assistance technique

Dr Atef KHALIFA	Préparation du document de l'enquête
Dr Ahmed ABDELMONEIM	Coordination du projet, formation et analyse
Samira CHARCHOUR	Traitement informatique

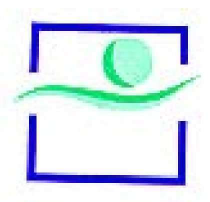
ORC Macro
MEASURE *DHS*+
Assistance technique

Dr Mohamed Ayad	Préparation du document de l'enquête, coordination du projet, formation, analyse et édition du rapport
Dr Ruilin REN	Sondage
Guillermo ROJAS	Traitement informatique
Noureddine ABDERRAHIM	Traitement informatique
Monique BARRÈRE	Analyse et édition du rapport
Dr Sidney MOORE	Édition du rapport
Kaye MITCHELL	Production du rapport
Daniel VADNAIS	Conception de la page de couverture du rapport
Katherine SENZEE	Conception de la page de couverture du rapport
Justine FAULKENBURG	Conception de la page de couverture du rapport

QUESTIONNAIRES

ANNEXE F

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTÉ



ENQUETE SUR LA POPULATION ET LA SANTE FAMILIALE

EPSF 2003

QUESTIONNAIRE

DIRECTION DE LA PLANIFICATION ET DES RESSOURCES FINANCIÈRES- DPRF
SERVICE DES ÉTUDES ET DE L'INFORMATION SANITAIRE - SEIS

SEPTEMBRE 2003

INFORMATIONS GEOGRAPHIQUES

N°	TYPES DE MESURES		RESULTATS
A	ALTITUDE (EN METRES)		☐☐☐☐
B	LATITUDE	Degrés	☐☐☐
		Décimales	☐☐☐☐
		Orientation N/S	☐
C	LONGITUDE	Degrés	☐☐☐
		Décimales	☐☐☐☐
		Orientation E/O	☐
D	**POSITION DE MESURE**		CENTRE DE LA GRAPPE .... 1 DEVANT LA MAISON .... 2 ENDROIT PROCHE 3

ENQUÊTE SUR LA POPULATION ET LA SANTÉ FAMILIALE
(E.P.S.F. – 2003)
QUESTIONNAIRE MÉNAGE

I D E N T I F I C A T I O N

1 – REGION ....

2 – PROVINCE OU PREFECTURE..

3 – CERCLE ....

4 – MUNICIPALITE / COMMUNE RURALE ....

5 – AUTRE CENTRE ....

6 – DISTRICT DU RECENSEMENT...

7 – RABAT-CASA/GRANDE VILLE/PETITE VILLE/RURAL ....
(RABAT-CASA=1, GRANDE VILLE=2, PETITE VILLE=3, RURAL=4)

8 – NUMERO DE LA GRAPPE...

9 – NUMERO DU MÉNAGE ....

10 – ADRESSE DU MÉNAGE____

11 – NOM DU CHEF DU MÉNAGE____

V I S I T E D E L'E N Q U E T R I C E

		1	2	3	VISITE FINALE
DATE		________	________	________	JOUR MOIS ANNÉE 2 0 0
NOM ET CODE ENQUETRICE ET RESULTAT *		________	________	________	NOM RESULTAT
PROCHAINE VISITE	DATE	________	________		NOMBRE TOTAL DE VISITES
	HEURE	________	________		

* CODES RESULTAT :
1 REMPLI
2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT LORS DE LA VISITE
3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE
4 DIFFERE
5 REFUSE
6 LOGEMENT VIDE /PAS D'ADRESSE
7 LOGEMENT DÉTRUIT
8 LOGEMENT NON TROUVÉ
9 AUTRE ____________________ (PRECISER)

TOTAL DANS LE MÉNAGE

TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES

N° LIGNE ENQUÊTÉ POUR QUESTION. MÉNAGE

CONTROLEUSE	CHEF D'EQUIPE	CONTROLE AU BUREAU	SAISI PAR
NOM____________ DATE__________	NOM____________ DATE__________		

TABLEAU DE MÉNAGE

1. liste des membres du ménage : caractéristiques des membres

	ENREGISTRER L'HEURE. DU DEBUT DE L4INTERVIEW	HEURES...................................... MINUTES.....................................

N^O. LI-GNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	SEXE	ENREGIS-TREMENT A L'ÉTAT CIVIL	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	RÉSIDENCE		ÂGE	ÉTAT MATRIMO-NIAL SI ÂGÉ (E) DE 15 ANS OU PLUS	ÉLIGIBILITÉ		
	من فضلك اعطيني سميات الأشخاص اللي كيسكنو معكم في الأسرة و الناس اللي دوزوا عندكم الليلة ديال البارح ونبدا بمول الدار يعني اللي مكلف بالأسرة ديالكم	واش ذكر و لا أنثى	فضلك عطيني الحالة المدنية ولا عقد الازدياد ديالو ديالها)؟ AUCUN ....1 ET. CIVIL .....2 EX. NAIS......3 AUTRE.........4	آش كيجي لمول الدار؟	واش كيسكن ديما هنا؟	واش دوز(ة) الليلة ديال البارح هنا؟	اشحال في عمرو دابا؟	آشنو خي الحلة العائلية ديال (إسم) ؟ MARIE(E) . 1 VEUF(E) ... 2 DIVOR-CE(E)..... 3 CELIBA-TAIRE . 4	ENTOURER LE NO. DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES 15-49 ANS	ENTOURER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS	ENTOURER LE NO. DE LIGNE DE TOUS LES CELIBA-TAIRES HOM. ET FEMMES DE 15-24 ANS
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
		M F			OUI NON	OUI NON	EN ANNÉES				
01		1 2	AUCUN .... 1 ET. CIVIL .... 2 EX. NAIS......... 3 AUTRE............ 4		1 2	1 2			01	01	01
02		1 2	AUCUN .... 1 ET. CIVIL .... 2 EX. NAIS......... 3 AUTRE............ 4		1 2	1 2			02	02	02
03		1 2	AUCUN .... 1 ET. CIVIL .... 2 EX. NAIS......... 3 AUTRE............ 4		1 2	1 2			03	03	03
04		1 2	AUCUN .... 1 ET. CIVIL .... 2 EX. NAIS......... 3 AUTRE............ 4		1 2	1 2			04	04	04
05		1 2	AUCUN .... 1 ET. CIVIL .... 2 EX. NAIS......... 3 AUTRE............ 4		1 2	1 2			05	05	05
06		1 2	AUCUN .... 1 ET. CIVIL .... 2 EX. NAIS......... 3 AUTRE............ 4		1 2	1 2			06	06	06
07		1 2	AUCUN .... 1 ET. CIVIL .... 2 EX. NAIS......... 3 AUTRE............ 4		1 2	1 2			07	07	07
08		1 2	AUCUN .... 1 ET. CIVIL .... 2 EX. NAIS......... 3 AUTRE............ 4		1 2	1 2			08	08	08
09		1 2	AUCUN .... 1 ET. CIVIL .... 2 EX. NAIS......... 3 AUTRE............ 4		1 2	1 2			09	09	09
10		1 2	AUCUN .... 1 ET. CIVIL .... 2 EX. NAIS......... 3 AUTRE............ 4		1 2	1 2			10	10	10
11		1 2	AUCUN .... 1 ET. CIVIL .... 2 EX. NAIS......... 3 AUTRE............ 4		1 2	1 2			11	11	11
12		1 2	AUCUN .... 1 ET. CIVIL .... 2 EX. NAIS......... 3 AUTRE............ 4		1 2	1 2			12	12	12

CODES FOR Q.5: LIENS DE PARENTÉ AVEC LE CHEF DE MÉNAGE :

01 = CHEF DE MÉNAGE
02 = MARI OU FEMME
03 = FILS OU FILLE
04 = GENDRE OU BELLE-FILLE
05 = PETIT-FILS OU PETITE FILLE
06 = PÈRE OU MÈRE
07 = BEAU-PÈRE OU BELLE-MÈRE
08 = FRÈRE OU SOEUR
10 = AUTRES PARENTS
11 = ENFANTS ADOPTÉS/EN GARDE
12 = SANS PARENTÉ
98 = NE SAIT PAS

N°.LIGNE	INSTRUCTION						ACTIVITE PROFESSIONNELLE		
	SI ÂGÉ DE 6 ANS OU PLUS			SI ÂGÉ DE 6-24 ANS			SI ÂGÉ DE 10 ANS OU PLUS		
	واش "إسم" سبقلو قرا في المدرسة	اشنو هو المستوى ديال لقريا اللي وصل ليه ؟ أشنو هوآخر قسم كملو؟		واش الأسم تيقرى دبا في المدرسة ؟	اشنو هو السبب اللي خلى "إسم" يخرج من المدرسة؟		واش "إسم" كيخدم (تخدم)؟	اشنو هي الخدمة الاساسية اللي كيدير؟	
(13)	(14)	(15)		(16)	(17)		(18)	(19)	
7	OUI NON	NIVEAU	CLASSE	OUI NON	RAISON	CODE	OUI NON	TRAVAIL	CODE
01	1 2 ALLER◄┘ A 18			1 2 └► ALLER À 18			1 2 ALLER.◄=┘ A 21		
02	1 2 ALLER◄┘ A 18			1 2 └► ALLER À 18			1 2 ALLER.◄=┘ A 21		
03	1 2 ALLER◄┘ A 18			1 2 └► ALLER À 18			1 2 ALLER.◄=┘ A 21		
04	1 2 ALLER◄┘ A 18			1 2 └► ALLER À 18			1 2 ALLER.◄=┘ A 21		
05	1 2 ALLER◄┘ A 18			1 2 └► ALLER À 18			1 2 ALLER.◄=┘ A 21		
06	1 2 ALLER◄┘ A 18			1 2 └► ALLER À 18			1 2 ALLER.◄=┘ A 21		
07	1 2 ALLER◄┘ A 18			1 2 └► ALLER À 18			1 2 ALLER.◄=┘ A 21		
08	1 2 ALLER◄┘ A 18			1 2 └► ALLER À 18			1 2 ALLER.◄=┘ A 21		
09	1 2 ALLER◄┘ A 18			1 2 └► ALLER À 18			1 2 ALLER.◄=┘ A 21		
10	1 2 ALLER◄┘ A 18			1 2 └► ALLER À 18			1 2 ALLER.◄=┘ A 21		
11	1 2 ALLER◄┘ A 18			1 2 └► ALLER À 18			1 2 ALLER.◄=┘ A 21		
12	1 2 ALLER◄┘ A 18			1 2 └► ALLER À 18			1 2 ALLER.◄=┘ A 21		

***CODES POUR Q.15**
NIVEAU D'INSTRUCTION :
1 = PRIMAIRE
2 = PREPARATOIRE, SEC. 1er CYCLE
3 = SECONDAIRE / 2eme CYCLE
4 = SUPÉRIEUR
8 = NE SAIT PAS

****CLASSE :**
00 = MOINS D'UNE ANNÉE ACHEVÉE
98 = NE SAIT PAS

CODES POUR Q.17
01= POUR TRAVAILLER
02= POUR DES RAISONS DE SANTE
03= N'A PAS REUSSI/RENVOYE
04= N'AIME PAS L'ECOLE
05= PAS DE SERVICE/TROP LOIN
06= COÛTE TROP CHER
07= FAMILLE CONTRE L'ÉDUCATION
08= RAISONS DE MARIAGE
09= A TERMINÉ LES ÉTUDES
96= AUTRE
98= NSP

2. liste des membres du ménage : prévalence des maladies chroniques

N°.LI-GNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	MORBIDITE ET TRAITEMENT						
	RECOPIER LES NOMS DE TOUS LES MEMBRES DU MENAGE LISTES A (2)	دبا بغيت نسولك شي أسئلة على الصحة ديال أفراد الأسرة ديالكم واش"الإسم" كيعاني مشي مرض طال فيه (مزمن)؟	أ شنو هو هاذ المرض؟		واش الطبيب و لا فرملي(ة) هما اللي خبروه بالمرض ديالو؟	اشحال كان في عمرو فاش كليه الطبيب و لا الفرمل(ة) على المرض ديالو؟	واش "إسم" كياخد ولا عمرو خدا شي دوا على هاذ المرض ؟	واش "إسم" كيعاني مشي مرض آخرطال فيه (مزمن)؟
	(21)	(22)	(23)		(24)	(25)	(26)	(27)
	NOM	OUI NON	MALADIE	CODE	OUI NON	AGE	OUI NON NSP	OUI NON
01		1 2 ALLER A 32			1 2 ALLER. A 26		1 2 3	1 2 ALLER A 32
02		1 2 ALLER A 32			1 2 ALLER. A 26		1 2 3	1 2 ALLER A 32
03		1 2 ALLER A 32			1 2 ALLER. A 26		1 2 3	1 2 ALLER A 32
04		1 2 ALLER A 32			1 2 ALLER. A 26		1 2 3	1 2 ALLER A 32
05		1 2 ALLER A 32			1 2 ALLER. A 26		1 2 3	1 2 ALLER A 32
06		1 2 ALLER A 32			1 2 ALLER. A 26		1 2 3	1 2 ALLER A 32
07		1 2 ALLER A 32			1 2 ALLER. A 26		1 2 3	1 2 ALLER A 32
08		1 2 ALLER A 32			1 2 ALLER. A 26		1 2 3	1 2 ALLER A 32
09		1 2 ALLER A 32			1 2 ALLER. A 26		1 2 3	1 2 ALLER A 32
10		1 2 ALLER A 32			1 2 ALLER. A 26		1 2 3	1 2 ALLER A 32
11		1 2 ALLER A 32			1 2 ALLER. A 26		1 2 3	1 2 ALLER A 32
12		1 2 ALLER A 32			1 2 ALLER. A 26		1 2 3	1 2 ALLER A 32

CODES POUR Q.23

01= ضغط الدم
02= السكري
03= قرحة المعدة
04= فقر الدم
05= مرض القلب
06= السرطان
07= أمراض الكلي
08= امراض الكبد
09= أمراض المفاصل
10= السل
11= صداع مزمن
12= جلطة المخ
13= الصرع
14= الضيقة
15= الكولسترول
16= مرض في الرئة مزمن
17= تنشط في الغدة الدرقية من غير السرطان
18= خمول في الغدة الدرقية من غير السرطان
19= البروسطات
20= الزرق (ارتفاع ضغط العين)
21= اجلالة
22= الم مزمن في الظهر/مشاكل في الحبل الشوكي
23= مرض عقلي
24= مشاكل كبيرة في الجلد
96= أخرى
98= لا أعرف

N°. LIGNE	MORBIDITE ET TRAITEMENT					ASSURANCE MALADIE	SI AGE 15 ANS OU PLUS TABAC	
	أشنو هو هاذ المرض؟		واش الطبيب و لا فرملي(ة) هما اللي خبروه بالمرض ديالو	اشحال كان في عمرو فاش كليه الطبيب و لا الفرملة على المرض ديالو؟ NSP = 98	واش "إسم" كياخد ولا عمرو خدا شي دوا على هاذ المرض ؟	واش "إسم" عندو لمتييل و لا لصورانص؟	واش "إسم" كيكمي الكارو و لا الكيف ولا طبا؟	واش "إسم" كان كيكمي و حبس؟
	(28)		(29)	(30)	(31)	(32)	(33)	(34)
	MALADIE	CODE	OUI NON	**AGE**	OUI NON NSP	OUI NON NSP	OUI NON NSP	OUI NON NSP
01			1 2 ALLER. A 31		1 2 3	1 2 3	1 2 3 PASSER A SUIV .	1 2 3
02			1 2 ALLER. A 31		1 2 3	1 2 3	1 2 3 PASSER A SUIV .	1 2 3
03			1 2 ALLER. A 31		1 2 3	1 2 3	1 2 3 PASSER A SUIV .	1 2 3
04			1 2 ALLER. A 31		1 2 3	1 2 3	1 2 3 PASSER A SUIV .	1 2 3
05			1 2 ALLER. A 31		1 2 3	1 2 3	1 2 3 PASSER A SUIV .	1 2 3
06			1 2 ALLER. A 31		1 2 3	1 2 3	1 2 3 PASSER A SUIV .	1 2 3
07			1 2 ALLER. A 31		1 2 3	1 2 3	1 2 3 PASSER A SUIV .	1 2 3
08			1 2 ALLER. A 31		1 2 3	1 2 3	1 2 3 PASSER A SUIV .	1 2 3
09			1 2 ALLER. A 31		1 2 3	1 2 3	1 2 3 PASSER A SUIV .	1 2 3
10			1 2 ALLER. A 31		1 2 3	1 2 3	1 2 3 PASSER A SUIV .	1 2 3
11			1 2 ALLER. A 31		1 2 3	1 2 3	1 2 3 PASSER A SUIV .	1 2 3
12			1 2 ALLER. A 31		1 2 3	1 2 3	1 2 3 PASSER A 41	1 2 3

CODES POUR Q28

01= ضغط الدم
02= السكري
03= قرحة المعدة
04= فقر الدم
05= مرض القلب
06= السرطان
07= أمراض الكلي
08= امراض الكبد
09= أمراض المفاصل
10= السل
11= صداع مزمن
12= جلطة المخ
13= الصرع
14= الضيقة
15= الكولسترول
16= مرض في الرئة مزمن
17= تنشط في الغدة الدرقية من غير السرطان
18= خمول في الغدة الدرقية من غير السرطان
19= البروسطات
20= الزرق (ارتفاع ضغط الدم
21= اجلال
22= الم مزمن في الظهر/مشاكل في الحبل الشوكي
23= مرض عقلي
24= مشاكل كبيرة في الجلد
96= أخرى
98= لا أعرف

3. Liste des membres du ménage : handicaps

N°.LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	HANDICAPS				
	RECOPIER LES NOMS DE TOUS LES MEMBRES DU MÉNAGE LISTÉS À (2)	واش "إسم"معدور من شي حاجة في داتو* ؟	SI (42)=1 POSER (43) à (46) واش "إسم" عندو شي مشكل بحال: LIRE LA LISTE UNE A UNE ET ENCERCLER LES CODES DE TOUTES LES REPONSES POSITIVES ‘ OUI ‘	منين جاه هاد الشي؟ LIRE LES MODALITES CORRESPONDANTES UNE A UNE ET VOIR LAQUELLE TRADUIT MIEUX LA CAUSE DE CET ETAT	اشحال كان عند "إسم" في عمرو ملي بدات عندو هاذ الحالة؟ DEPUIS LA NAIS. =96 **NSP =98**	واش "إسم" اخدا شي دوا ولا شي علاج ولا تكفل بيه شي حد اخر من غيركم؟
(40)	**(41)**	**(42)**	**(43)**	**(44)**	**(45)**	**(46)**
	NOM	OUI NON NSP	**CODES CI–DESSOUS (43)**	**CODES CI–DESSOUS (44)**	**ÂGE**	OUI NON NSP
01		1 2 3 PASSER A SUIV .	A B C D E F G H	1 2 3 4 5 6 7 8		1 2 3
02		1 2 3 PASSER A SUIV .	A B C D E F G H	1 2 3 4 5 6 7 8		1 2 3
03		1 2 3 PASSER A SUIV .	A B C D E F G H	1 2 3 4 5 6 7 8		1 2 3
04		1 2 3 PASSER A SUIV .	A B C D E F G H	1 2 3 4 5 6 7 8		1 2 3
05		1 2 3 PASSER A SUIV .	A B C D E F G H	1 2 3 4 5 6 7 8		1 2 3
06		1 2 3 PASSER A SUIV .	A B C D E F G H	1 2 3 4 5 6 7 8		1 2 3
07		1 2 3 PASSER A SUIV .	A B C D E F G H	1 2 3 4 5 6 7 8		1 2 3
08		1 2 3 PASSER A SUIV .	A B C D E F G H	1 2 3 4 5 6 7 8		1 2 3
09		1 2 3 PASSER A SUIV .	A B C D E F G H	1 2 3 4 5 6 7 8		1 2 3
10		1 2 3 PASSER A SUIV .	A B C D E F G H	1 2 3 4 5 6 7 8		1 2 3
11		1 2 3 PASSER A SUIV .	A B C D E F G H	1 2 3 4 5 6 7 8		1 2 3
12		1 2 3 PASSER A 51	A B C D E F G H	1 2 3 4 5 6 7 8		1 2 3

Q. 42 * كيعاني من أي حالة جسدية, عقلية أو صحية تتحد من القدرات ديالو على ممارسة الحياة اليومية بشكل عادي لإنسان في لعمر ديالو

CODES POUR Q.43	**CODES POUR Q.44**
A = بصير	1= وارتها
B = مكيسمعش	2= تزاد بها
C = زيزون	3= تصاب بها وقت الولادة
D=اعرج ولا معطوب من يديه ولا من رجليه	4= كسيدة
E = احمق ولا مبوهل	5= عدوى
F = مشلول	6= حسد/سحور
G = شي حاجة اخرى	7= شي حاجة اخرى
H = ماعرفاش	8= ماعرفاش

4. Caractéristiques du logement

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
51	OBSERVER ET PRECISER LE TYPE DE LOGEMENT	MAISON INDÉPENDANTE /VILLA ....01 APPARTEMENT DANS UN IMMEUBLE 02 CHAMBRE ....03 BARRAKE. ....04 TENTE..05 ABRI TEMPORAIRE. ....06 AUTRE ________________________ 96 (PRÉCISER)	(04, 05, 06, 96) ►57
52	واش الدار فاش ساكنين ديالكم و لا كاريينها ولا ساكنين فابور؟	PROPRIÉTAIRE.......................................1 LOCATAIRE ....2 USÂGE GRATUIT ....3 AUTRE ________________________ 6 (PRÉCISER)	
53	PRINCIPAL MATÉRIAU DU SOL[1] ENREGISTRER L'OBSERVATION. باش مصوبة الأرض ديال الدار فين سكنين؟	MATÉRIAU NATUREL TERRE/SABLE...................................11 FUMIER...12 MATÉRIAU RUDIMENTAIRE PLANCHES EN BOIS ....21 PALMES...22 MATÉRIAU MODERNE CARRELAGE/CIMENT ....31 PIERRE/BRIQUE ....32 VINYLE...33 BOIS POLI..34 MOQUETTE ....35 AUTRE ________________________ 96 (PRÉCISER)	
54	اشحال من بيت في هاذ الدار خاص غير بالأسرة ديالكم؟	NOMBRE DE PIÈCES .... [ ][ ]	
55	اشحال من هاذ البيوت كتستعملوهم لنعاس؟	NOMBRE DE PIÈCES .... [ ][ ]	
56	باش مصنوعين السراجم ديال الدار؟	VITRES ....1 VOLETS ....2 VITRES ET VOLETS................................3 RIDEAUX ....4 AUTRE ________________________ 6 (PRÉCISER) PAS DE FENETRES 8	
57	واش عندكم شي حيوانات (بحال الكسيبة،الدجاج،) داخل الدار ؟	OUI ....1 NON..2	NON ►59
58	فين كتبيتوها في الليل؟	À L'INTÉRIEUR DU LOGEMENT..............1 À L'EXTÉRIEUR DU LOGEMENT 2	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
59	منين تتجيبوا الماء اللي كتشربوا؟	EAU DU ROBINET DANS LE LOGEMENT........................11 DANS LA COUR ....12 FONTAINE PUBLIQUE ....13 PUITS OUVERT PUITS OUVERT DANS LOGEMENT..21 PUITS OUVERT DANS LA COUR. .....22 PUITS PUBLIC OUVERT....................23 PUITS COUVERT OU FORAGE PUITS PROTÉGÉ DANS LOGEMENT. ....31 PUITS PROTÉGÉ DANS LA COUR. ..32 PUITS PUBLIC PROTÉGÉ ....33 EAU DE SURFACE SOURCE ....41 FLEUVE/RIVIÈRE/RUISSEAU............42 MARE/LAC ....43 BARRAGE..44 EAU DE PLUIE.......................................51 CAMION CITERNE ....61 EAU EN BOUTEILLE ....71 AUTRE _________________________ 96 (PRÉCISER)	
60	واش كتخلصو هاد الماء للدولة, لشي حد اخر ولا فابور؟	GOUVERNEMENT...................................1 SOURCE PRIVÉE....................................2 GRATUIT..3	
61	واش كتخزنوا الماء اللي كتشربوا؟ SI OUI : فاش كتخزنوه؟	RESERVOIR D'EAU ....1 RÉCIPIENT EN PLASTIC ....2 BOUTEILLE..3 BIDON ....4 AUTRE _________________________ 6 (PRÉCISER) PAS DE STOCKAGE D'EAU 8	
62	واش مولفين ديرو شي حاجة للماء قبل ما تشربوه؟ SI OUI : آش كديروا ليه؟	BOUILLIR ....1 AJOUTER EAU DE JAVEL ....2 FILTRER...3 AUTRE _________________________ 6 (PRÉCISER) AUCUN TRAITEMENT.............................8	
63	واش عندكم شي بلاصة في الدار كتستعملها كبيت الماء ؟	OUI À L'INTÉRIEUR ....1 OUI À L'EXTÉRIEUR ....2 PAS DE TOILETTES 3	▶65 (1, 2)
64	فين كتمشيوا و لا شنوكتستعملواباش تقضيوا حاجتكم؟	PLEIN AIR ....1 SEAU..2 LATRINES...3 FOSSE ....4 TOILETTE PUBLIQUE ....5 AUTRE _________________________ 6 (PRÉCISER)	▶67 (1–6)
65	واش هاذالبلاصة مشاركينها مع شي اسرة اخرى؟	PRIVE...1 COLLECTIF..2	
66	كيف دير بيت الماء اللي عندكم في هاذ البلاصة؟	TOILETTES CON. AUX ÉGOUTS ....1 TOILETTES NON CON. AUX ÉGOUTS ...2 AUTRE _________________________ 6 (PRÉCISER)	

N^O	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
67	واش عندكم الصابون باش كتغسلوا يديكم؟	OUI ....1 NON....2	
68	باش كتضويوا في الدار؟	ÉELECTRICITÉ....1 LAMPE À PÉTROLE ....2 GAZ ....3 LAMPE À HUILE / BOUGIE ....4 AUTRE ______ 6 (PRÉCISER) PAS D'ÉCLAIRAGE 8	
69	واش عندكم شي محل خاص كطيبوا فيه؟ SI OUI : واش كاين داخل الدار و لا خارج الدار؟	OUI A L'INTÉRIEUR....1 OUI A L'EXTÉRIEUR ....2 PAS DE CUISINE....3	→71
70	واش كطيب معكم شي حد آخر في هاذ البلاصة؟	PRIVE....1 COLLECTIF....2	
71	باش كطيبوا؟	BOIS ....01 CHARBON....02 CHARBON DE BOIS ....03 KÉROSÈNE ....04 ÉLECTRICITÉ ....05 GAZ LIQUIDE....06 GAZ ....07 AUTRE ______ 96 (PRÉCISER)	
72	فين كتجمعوا الزبل قبل ما ترميوه؟.	POUBELLE AVEC COUVERCLE ....1 POUBELLE SANS COUVERCLE ....2 SAC EN PLASTIQUE....3 ANCIENS JOURNAUX....4 JETER DANS LA RUE ....5 AUTRE ______ 6 (PRÉCISER)	
73	فين كتحطوه؟	À LA CUISINE ....1 HORS CUISINE MAIS À L'INTÉRIEUR DU LOGEMENT ....2 HORS LOGEMENT....3	
74	آش كديرو للزبل اللي جمعتوه؟	BOUEUR....1 DÉCHARGER DANS UNE PLACE SPÉCIALE....2 BRÛLER....3 JETER DANS LA RUE ....4 AUTRE ______ 6 (PRÉCISER)	→76
75	على اشحال كترميوا الزبل؟	CHAQUE JOUR ....1 AU MOINS DEUX FOIS PAR SEMAINE ....2 UNE FOIS PAR SEMAINE....3 AUTRE ______ 6 (PRÉCISER)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
76	واش عندكم في الدار؟ 1. راديو و لا ترانزستور؟ 2. تلفزة بالألوان كبيرة؟ 3. تلفزة بالألوان صغيرة؟ 4. فيديو؟ 5. بارابول؟ 6. ثلاجة؟ 7. بوطكاز؟ 8. سخان الماء (الشوفو)؟ 9. مكنة ا غسيل الماعن؟ 10. شطابة ديال الضو؟ 11. فران اللي كيسخن بالزربة؟ 12. تليفون؟ 13. مكنة التصبين؟ 14. آلة اللي كتسخن و تبرد الجو؟	OUI NON RADIO ....1 2 TV COLEUR GRAND FORMAT...1 2 TV COLEUR PETIT FORMAT......1 2 VIDEO ....1 2 PARABOLE ....1 2 RÉFRIGÉRATEUR....................1 2 BUTAGAZ....................1 2 CHAUFFE EAU ....1 2 LAVE VAISSELLE....................1 2 ASPIRATEUR ....1 2 MICRO-ONDES....................1 2 TÉLÉPHONE....................1 2 MACHINE À LAVER....................1 2 CLIMATISEUR 1 2	
77	واش كاين شي واحد في الدار اللي عندو: 1. بسكلات 2. موطور و لا موبيليت؟ 3. طوموبيل؟ 4. كسيبة؟ 5. دواجن؟ 6. أرض ديال الفلاحة؟ 7. اراضي أخرى؟ 8. تراكتور ولا آلات زراعية؟ 9. مباني سكنية من غير فاش ساكنين ؟ 10. مباني تجارية؟ 11. وزين؟ 12. مكينات ديال الصناعة؟ 13. حاجة باش يهزو السلعة؟	OUI NON BICYCLETTE ....1 2 MOTOCYCLETTE/ SCOOTER ....1 2 VOITURE....................1 2 CHEPTEL....................1 2 VOLAILLE ....1 2 TERRE AGRICOLE....................1 2 TERRE NON AGRICOLE.............1 2 TRACTEUR/MACHINES AGRIC..1 2 CONSTRUCTION POUR HABIT..1 2 CONSTRUCTION POUR COM....1 2 USINES ....1 2 MACHINES ET ÉQUIP. IND.........1 2 MOYENS DE TRANSPORT DE MARCHANDISES 1 2	
78	OBSERVER ET ENCERCLER LA REPONSE APPROPRIEE. EST-CE QUE L'ENVIRONNEMENT AU TOUR DU LOGEMENT EST PROPRE ET SEC OU IL Y'A DES ORDURES ET DE L'EAU STAGNANTE ?	ZONE PROPRE ET SÈCHE ....1 ZONE SALE (DEPOT D'ORDURE)...........2 EAU STAGNANTE ....3 ZONE INONDÉE 4	
79	ENREGISTRER L'HEURE	HEURES .... [ ][ ] MINUTES .... [ ][ ]	

5. Mesures de la taille et du poids

VÉRIFIER LES COLONNES (8) ET (10) : ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÂGE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS ET (8) ET (11) DE TOUS LES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS.

FEMMES 15-49				POIDS ET TAILLE DES FEMMES DE 15-49			
N^{O}.DE LIGNE DE LA COL.(10)	NOM DE LA COL.(2)	ÂGE DE LA COL.(8)	DATE DE NAISSANCE	POIDS (KILOGRAMMES)	TAILLE (CENTIMÈTRES)	TOUR DE BRAS (CENTIMÈTRES)	RÉSULTAT 1 MESURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE
(81)	(82)	(83)	(84)	(85)	(86)	(87)	(88)
		ANNÉES		.	.	.	
				.	.	.	
				.	.	.	
				.	.	.	
				.	.	.	

ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS				POIDS ET TAILLE DES ENFANTS NÉS EN 1998 OU PLUS TARD			
N^{O}.DE LIGNE DE LA COL.(11)	NOM DE LA COL.(2)	ÂGE DE LA COL.(8)	فاش من عام أو فاش من شهر اتزاد (NOM) ؟	POIDS (KILOGRAMMES)	TAILLE (CENTIMÈTRES)	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT	RÉSULTAT 1 MESURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE
			JOUR MOIS ANNÉE	0 .	.	ALLOG.DEBOUT 1 2	
				0 .	.	1 2	
				0 .	.	1 2	
				0 .	.	1 2	
				0 .	.	1 2	
				0 .	.	1 2	

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE ☐

ENQUÊTE SUR LA POPULATION ET LA SANTÉ FAMILIALE
(EPSF – 2003)
QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL POUR LES FEMMES

I D E N T I F I C A T I O N

1 – REGION ....

2 – PROVINCE OU PREFECTURE ....

3 – CERCLE ....

4 – MUNICIPALITE / COMMUNE RURALE ....

5 – AUTRE CENTRE ....

6 – DISTRICT DU RECENSEMENT ....

7 – RABAT-CASA/GRANDE VILLE/PETITE VILLE/RURAL ....
(RABAT-CASA=1, GRANDE VILLE=2, PETITE VILLE=3, RURAL=4)

8 – NUMERO DE LA GRAPPE ....

9 – NUMERO DU MÉNAGE ....

10 – ADRESSE DU MÉNAGE____

11 – NOM ET NUMERO DE LIGNE DE LA FEMME______________________________

V I S I T E D E L'E N Q U E T R I C E

		1	2	3	VISITE FINALE
DATE		________	________	________	JOUR MOIS ANNÉE 2 0 0 _
NOM ET CODE ENQUETRICE ET RESULTAT *		________	________	________	NOM RESULTAT
PROCHAINE VISITE	DATE	________	________		NOMBRE TOTAL DE VISITES
	HEURE	________	________		

* CODES RESULTAT :
1 REMPLI
2 PAS A LA MAISON
3 DIFFERE
4 REFUSE
5 PARTIELLEMENT REMPLI
6 INCAPACITE
7 AUTRE ________________________
(PRECISER)

CONTROLEUSE	CHEF D'ÉQUIPE	CONTROLE AU BUREAU	SAISI PAR
NOM________ DATE________	NOM________ DATE________		

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉES

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
101	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE .... [ ][ ] MINUTES .... [ ][ ]	
102	باش نبداو بغيت نهضرمعاك على شي حاجات كتعلق بيك و بعائلتك. فين دوزتي الوقت الكبير من 12 العام الأولى من عمرك؛ واش فمدينة كبيرة ولا مدينة صغيرة ولا في لعروبية؟	RABAT, CASABLANCA ....1 GRANDE VILLE ....2 VILLE...3 RURAL 4	
103	اشحال هذا من عام وأنت سكن هنا ؟ SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00' ANNÉE.	ANNÉES...................................... [ ][ ] TOUJOURS...95 VISITEUSE...96	►105
104	قبل ما تسكني هنا ؛ واش كنت تتسكني قي مدينة كبيرة ولا في مدينة صغيرة ولا في لعروبية ؟	RABAT, CASABLANCA ....1 GRANDE VILLE ....2 VILLE...3 RURAL 4	
105	فاش من عام أو فاش من شهر اتزدتي (تولدتي) ؟	MOIS .... [ ][ ] NSP MOIS ....98 ANNÉE .... [ ][ ][ ][ ] NSP ANNÉE.......................................9998	
106	اشحال في عمرك دبا؟ COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOHÉRENTS.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.... [ ][ ]	
107	واش عمرك قريتي في المدرسة ؟	OUI ....1 NON...2	►111
108	آشنو هو أعلى مستوى ديال القراية وصلتي ليه؛ واش الإبتدائي ولا الإعدادي ولا الثانوي ولا العالي ؟	PRIMAIRE ....1 PREPARATOIRE, SEC. 1er CYCLE ....2 SECONDAIRE / 2eme CYCLE ....3 SUPÉRIEUR...4	
109	آشنو هو آخر قسم كملتيه في القراية ؟	CLASSE .... [ ][ ]	
110	VÉRIFIER 108: PRIMAIRE [ ] ▼ PRÉPARATOIRE, SECONDAIRE OU SUPÉRIEUR [ ]		►114
111	دبا بغيتك تقراي هذه الجملة MONTRER VOTRE CARTE À L'ENQUÊTÉE SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT PAS LIRE UNE PHRASE ENTIÈRE, INSISTER : واش تقدري تقراي شي طرف من هذه الجملة ؟	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT.................1 PEUT LIRE CERTAINES PARTIES..........2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE..............3	
112	واش عمرك شاركتي في برنامج محاربة الأمية باش تعلمي تكتبي أو تقراي؟	OUI ....1 NON...2	

113	VÉRIFIER 111: CODE '2' OU '3' ENCERCLÉ ▼ CODE '1' ENCERCLÉ		➔115
114	واش من عادتك تتقراي شي جريدة ولا مجلة كل نهار ولا على الأقل مرة في الأسبوع ؛ ولا قل من مرة وحدة في الأسبوع ؛ ولا ماتتقرايش بالمرة؟	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR...........1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE .....2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE........3 PAS DU TOUT 4	
115	واش من عادتك تتصنتي لراديو كل نهار ولا على الأقل مرة وحدة في الأسبوع ؛ ولا قل من مرة وحدة في الأسبوع ؛ ولا ما تتصنتيش لراديو بالمرة ؟	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR...........1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE .....2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE........3 PAS DU TOUT 4	
116	واش من عادتك تتفرجي في التلفزيون كل نهار ولا على الأقل مرة وحدة في الأسبوع ؛ ولا قل من مرة وحدة في الأسبوع ؛ ولا ما تتفرجيش بالمرة ؟	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR...........1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE .....2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE........3 PAS DU TOUT 4	

SECTION 1A. NUPTIALITÉ

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
121	واش أنت دبا مزوجة،مطلقة ،مفارقة مع راجلك أو ميت ليك الراجل ؟	MARIEE ... 1 CELIBATAIRE ... 2 VEUVE ... 3 DIVORCEE ... 4 SEPAREE ... 5	2 → 300 3, 4, 5 → 124
122	واش راجلك مزوج بشي عيلات أخرين من غيرك أنت؟	OUI ... 1 NON ... 2	2 → 124
123	أشحال من امرة عندو من غيرك ؟	NOMBRE ... ☐ NSP ... 8	
124	أشحال من مرة تزوجتي أنت ؟	NOMBRE ... ☐	
125	VÉRIFIER 124: 2 MARIÂGES OU PLUS ☐ ↓ 1 SEUL MARIÂGE ☐		→ 127
126	باش كمل زواجك الأول ؟	DIVORCE ... 1 VEUVÂGE ... 2	
127	فين شهر أو فين عام تزوجتي (المرة الأولى) ؟	MOIS ... ☐☐ NSP MOIS ... 98 ANNÉE ... ☐☐☐☐ NSP ANNÉE ... 9998	→ 129
128	أشحال كان في عمرك ملي تزوجتي (المرة الأولى) ؟	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.... ☐☐	
129	واش عندك شي قرابة عائلية مع راجلك (الأول) يعني آش كيجيك راجلك (الأول) ؟	COUSIN PATERNEL ... 1 COUSIN MATERNEL ... 2 AUTRE PARENT ... 3 SANS LIEN ... 4	

SECTION 2: REPRODUCTION

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
201	دبا بغيت نسولك بعض الأسئلة تتعلق بجميع لولادات اللي ولدتي في حياتك: واش عمرك ولدتي شي مولود حي؟	OUI .... 1 NON 2	 →206
202	واش عمرك ولدتي شي ولاد, ولا بنات و كيعيشوا معاك دبا؟	OUI .... 1 NON 2	 →204
203	اشحال ديال دراري ذكورا عايشين معاك دبا؟ اشحال ديال البنات عايشين معاك دبا؟ SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS À LA MAISON .... [ ][ ] FILLES À LA MAISON .... [ ][ ]	
204	واش عندك شي دراري ولا بنات باقيين حيين وما تيعيشوش معاك دبا؟	OUI .... 1 NON 2	 →206
205	اشحال ديال دراري (ذكور) باقيين حيين و ما تيعيشوش معاك دبا؟ اشحال ديال البنات باقيين حيين وما تيعيشوش معاك دبا؟ SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS AILLEURS .... [ ][ ] FILLES AILLEURS .... [ ][ ]	
206	واش عمرك ولدتي شي بنت و لا شي ولد حي و ماتلك من بعد؟ SI NON, INSISTER : لاولد، ولا بنت اللي تزاد و مات وخا يكون عاش غير شي وقت قليل ولا شي أيامات؟	OUI .... 1 NON 2	 →208
207	في المجموع,اشحال مات ليك من ولد? في المجموع,اشحال مات ليك من بنت؟ SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	GARÇONS DÉCÉDÉS .... [ ][ ] FILLES DÉCÉDÉES .... [ ][ ]	
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À Q. 203, 205, ET 207, ET ENREGISTRER LE TOTAL. SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	TOTAL .... [ ][ ]	
209	VÉRIFIER 208: بغيت غير نتأكد واش فهمت مزيان, واش ولدت Q203------ذكر و -----بنات حيين و كيعيشوا معاك دبا Q205 ------ذكر و -----بنات حيين وما كيعيشوش معاك دبا Q207 ------ذكر و -----بنات وماتوا في المجموع,واش ولدتي-----ديال الدراري في حياتك كلها ,واش هاذ العدد صحيح؟ OUI [ ] ↓ NON [ ] → INSISTER ET CORRIGER 201-208 COMME IL SE DOIT.		
210	VÉRIFIER 208: UNE NAISSANCE OU PLUS [ ] ↓ AUCUNE [ ]		→226

211	دبا بغيت نتكلم معاك على الولاد اللي ولدتي كلهم، اللي باقيين حيين واللي ماتو، ونبداو بالولدة الأولى اللي ولدتي يعني من الكبير حتى لصغير. NOTER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À Q.212. NOTER LES JUMEAUX / TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES.								
212 آش اسميت ولدك (بنتك) الأول الثاني.....؟ (NOM)	213 واش تزاد بوحدو (ها) ولا تومي؟	214 واش ولد ولا بنت؟	214A من فضلك عطيني الحالة المدنية ولا عقد الازدياد ديالو ديالها)؟ AUCUN =1 ET. CIVIL =2 EX. NAIS =3 AUTRE =4	215 فين شهر وفين عام اتزاد 'إسم' INSISTER : Quelle est sa date de naissance?	216 واش 'إسم' مازال حي؟	217: SI EN VIE: اشحال كان في عمرو في عيدميلادو اللخر؟ NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	218 SI EN VIE واش 'إسم' كيعيش معكم دبا؟	219 SI EN VIE: NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT A PARTIR DE LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	220 SI DÉCÉDÉ: اشحال كان في عمرو ملي مات؟ SI '1 AN', INSISTER: اشحال كان عندو من شهر ملي مات؟ NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANS SI PLUS DE 2 ANS..
01	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	AUCUN ....1 ET. CIVIL .....2 EX. NAIS ......3 AUTRE 4	MOIS .... ANNÉE	OUI...... 1 NON .... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI ....1 NON.......2	N° DE LIGNE ↓ (NAISS.SUI)	JOURS .... 1 MOIS .... 2 ANNÉES . 3
02	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	AUCUN ....1 ET. CIVIL .....2 EX. NAIS ......3 AUTRE 4	MOIS .... ANNÉE	OUI...... 1 NON .... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI ....1 NON.......2	N° DE LIGNE ↓ (NAISS.SUI)	JOURS .... 1 MOIS .... 2 ANNÉES . 3
03	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FIL 2	AUCUN ....1 ET. CIVIL .....2 EX. NAIS ......3 AUTRE 4	MOIS .... ANNÉE	OUI...... 1 NON .... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI ....1 NON.......2	N° DE LIGNE ↓ (NAISS.SUI)	JOURS .... 1 MOIS .... 2 ANNÉES . 3
04	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	AUCUN ....1 ET. CIVIL .....2 EX. NAIS ......3 AUTRE 4	MOIS .... ANNÉE	OUI...... 1 NON .... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI ....1 NON.......2	N° DE LIGNE ↓ (NAISS.SUI)	JOURS .... 1 MOIS .... 2 ANNÉES . 3
05	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	AUCUN ....1 ET. CIVIL .....2 EX. NAIS ......3 AUTRE 4	MOIS .... ANNÉE	OUI...... 1 NON .... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI ....1 NON.......2	N° DE LIGNE ↓ (NAISS.SUI)	JOURS .... 1 MOIS .... 2 ANNÉES . 3
06	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	AUCUN ....1 ET. CIVIL .....2 EX. NAIS ......3 AUTRE 4	MOIS .... ANNÉE	OUI...... 1 NON .... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI ....1 NON.......2	N° DE LIGNE ↓ (NAISS.SUI)	JOURS .... 1 MOIS .... 2 ANNÉES . 3
07	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	AUCUN ....1 ET. CIVIL .....2 EX. NAIS ......3 AUTRE 4	MOIS .... ANNÉE	OUI...... 1 NON .... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI ....1 NON.......2	N° DE LIGNE ↓ (NAISS.SUI)	JOURS .... 1 MOIS .... 2 ANNÉES . 3

212	213	214	214A	215	216	217: SI EN VIE:	218 SI EN VIE	219 SI EN VIE:	220 SI DÉCÉDÉ:
آش اسميت ولدك (بنتك) الأول الثاني.....؟ (NOM)	واش تزاد بوحدو (ها) ولا تومي؟	واش ولد ولا بنت؟	من فضلك عطيني الحالة المدنية ولا عقد الازدياد ديالو ديالها)؟ AUCUN =1 ET. CIVIL =2 EX. NAIS =3 AUTRE =4	فين شهر وفين عام اتزاد 'إسم' INSISTER : Quelle est sa date de naissance?	واش 'إسم' مازال حي؟	اشحال كان في عمرو في عيدميلادو اللخر؟ NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	واش 'إسم' كيعيش معكم دبا؟	NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	اشحال كان في عمرو ملي مات؟ SI '1 AN', INSISTER: اشحال كان عندو من شهر ملي مات؟ NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANS.
08	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	AUCUN ....1 ET. CIVIL .....2 EX. NAIS ......3 AUTRE 4	MOIS ... ANNÉE	OUI...... 1 NON .... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI ....1 NON.......2	N° DE LIGNE ↓ (NAISS.SUI)	JOURS .... 1 MOIS .... 2 ANNÉES . 3
09	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	AUCUN ....1 ET. CIVIL .....2 EX. NAIS ......3 AUTRE 4	MOIS ... ANNÉE	OUI...... 1 NON .... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI ....1 NON.......2	N° DE LIGNE ↓ (NAISS.SUI)	JOURS .... 1 MOIS .... 2 ANNÉES . 3
10	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FIL 2	AUCUN ....1 ET. CIVIL .....2 EX. NAIS ......3 AUTRE 4	MOIS ... ANNÉE	OUI...... 1 NON .... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI ....1 NON.......2	N° DE LIGNE ↓ (NAISS.SUI)	JOURS .... 1 MOIS .... 2 ANNÉES . 3
11	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	AUCUN ....1 ET. CIVIL .....2 EX. NAIS ......3 AUTRE 4	MOIS ... ANNÉE	OUI...... 1 NON .... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI ....1 NON.......2	N° DE LIGNE ↓ (NAISS.SUI)	JOURS .... 1 MOIS .... 2 ANNÉES . 3
12	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	AUCUN ....1 ET. CIVIL .....2 EX. NAIS ......3 AUTRE 4	MOIS ... ANNÉE	OUI...... 1 NON .... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI ....1 NON.......2	N° DE LIGNE ↓ (NAISS.SUI)	JOURS .... 1 MOIS .... 2 ANNÉES . 3
13	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	AUCUN ....1 ET. CIVIL .....2 EX. NAIS ......3 AUTRE 4	MOIS ... ANNÉE	OUI...... 1 NON .... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI ....1 NON.......2	N° DE LIGNE ↓ (NAISS.SUI)	JOURS .... 1 MOIS .... 2 ANNÉES . 3
14	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	AUCUN ....1 ET. CIVIL .....2 EX. NAIS ......3 AUTRE 4	MOIS ... ANNÉE	OUI...... 1 NON .... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI ....1 NON.......2	N° DE LIGNE ↓ (ALLER À 222)	JOURS .... 1 MOIS .... 2 ANNÉES . 3

222	واش ولدتي شي ولاد اخرين من بعد ما ولدتي (الإسم)؟ (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE)?	OUI ... 1 NON ... 2	
223	COMPARER 208 AVEC NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHER: NOMBRES SONT ÉGAUX ☐ NOMBRES SONT DIFFÉRENTS ☐ → (INSISTER ET CORRIGER) ↓ VÉRIFIER : POUR CHAQUE NAISSSANCE : L'ANNÉE DE NAISSANCE EST ENREGISTRÉE. ☐ POUR CHAQUE ENFANT VIVANT : L'ÂGE ACTUEL EST ENREGISTRÉ. ☐ POUR CHAQUE ENFANT DÉCÉDÉ : L'ÂGE AU DÉCÉS EST ENREGISTRÉ. ☐ POUR L'ÂGE AU DÉCÉS 12 MOIS OU 1 AN : INSISTER POUR DÉTERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS. ☐		
224	VÉRIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 1998 OU PLUS TARD. SI AUCUNE, ENREGISTRER '0'. ☐		
225	POUR CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1998, INSCRIRE 'N' DANS LE MOIS DE NAISSANCE DU CALENDRIER. POUR CHAQUE NAISSANCE, DEMANDER LE NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ ET INSCRIRE 'G' DANS CHACUN DES MOIS PRÉCÉDENTS SELON LA DURÉE DE LA GROSSESSE. (NOTE : LE NOMBRE DE 'G' DOIT ÊTRE INFÉRIEUR DE 1 AU NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ). INSCRIRE LE NOM DE L'ENFANT SUR LA GAUCHE DU CODE 'N'.		
226	واش أنت حاملة دبا؟	OUI ... 1 NON ... 2 PAS SÛRE ... 8	 ▶229
227	اشحال عندك من شهر؟ ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. INSCRIRE 'G' DANS LE CALENDRIER, EN COMMENÇANT PAR LE MOIS DE L'ENQUÊTE ET POUR LE NOMBRE TOTAL DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS ... ☐☐	
228	في الوقت اللي طحت فيه حاملة, واش كنت باغية تحمل ولا كنت باغية تسناي ولا مبقتيش كاع باغية تحملي؟	À CE MOMENT-LÀ ... 1 PLUS TARD ... 2 NE PLUS/NE PAS AVOIR D'ENFANT ... 3	
229	من غير الولادات اللي ولدتي, واش عمرك ولدتي شي مولود ميت ولا خسر لك بنادم؟	OUI ... 1 NON ... 2	 ─▶237
230	فين شهر وفين عام كمل حملك اللخر لخسر ليك و لا تزاد ميت ؟	MOIS ... ☐☐ ANNÉES ... ☐☐☐☐	
231	VÉRIFIER 230: DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN JAN. 1998 OU PLUS TARD ☐ ↓ DERNIÈRE GROSS. TERMINÉE AVANT JAN. 1998 ☐		─▶237
232	اشحال كان عندك من شهر فاش كمل هاذ الحمل؟ ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. INSCRIRE 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ LA GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS ... ☐☐	
233	واش وقع ليك شي مرة اخرى بحال هاد الحمل؟	OUI ... 1 NON ... 2	 ─▶237

234	DEMANDER LA DATE ET LA DURÉE DE GROSSESSE POUR CHAQUE GROSSESSE PRÉCÉDENTE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE EN REMONTANT JUSQU'EN JANVIER 1998. INSCRIRE 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ CHAQUE GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.		
235	واش عمرك خسر ليك بنادم ولا تزاد ميت قبل من يناير 1998 ؟	OUI ....1 NON....2	 →237
236	وقتاش اخر مرة خسر ليك بنادم ولا تزاد ميت قبل من يناير 1998 ؟	MOIS .... [ ][ ] ANNÉES .... [ ][ ][ ][ ]	
237	اشحال هاذي باش جاتك حق الشهر اللخرة؟ ____________ (INSCRIRE LA DATE, SI ELLE EST DONNÉE)	IL Y A ... JOURS....1 [ ][ ] IL Y A ... SEMAINES ....2 [ ][ ] IL Y A ... MOIS....3 [ ][ ] IL Y A ... ANNÉES ....4 [ ][ ] EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE ....994 AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE....995 JAMAIS EU DE RÈGLES 996	 →238
237A	اشحال كان في عمرك ملي جاتك أول مرة حق الشهر؟	ÂGE EN ANNÉES .... [ ][ ] NSP /NE SE RAPPELE PAS /INCERT: ..98	
238	بين النهار الاول ديال حق الشهر والنهار الاول ديال حق الشهر اللي تابعو،واش كاين شي وقت اللي المراة تقدر اطيح فيه حاملة ؟	OUI ....1 NON....2 NE SAIT PAS 8	] →301
239	بين حق الشهر وحق الشهر اللي تابعو، فين وقت تقدر اطيح فيه المراة حاملة؟	JUSTE AVANT DÉBUT DES RÈGLES.....1 PENDANT LES RÈGLES....2 JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES......3 AU MILIEU ENTRE 2 PÉRIODES DE RÈGLES ....4 AUTRE ____________ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	

SECTION 3 : CONTRACEPTION

دبا بغيت نلقي عليك بعض الأسئلة تتعلق بتنظيم الأسرة ؛ كيف كتعرفي ؛ الرجل ولا المرة يمكن ليهم يديروا شي حوايج باش يوخروا ولا يمنعوا الحمل.
واش كتعرفي ولا عمرك سمعتي شي حاجة من هذا الحوايج ؟

ENQUETRiCE : ENCERCLER CODE 1 À 300 POUR CHAQUE MÉTHODE CITÉE DE FAÇON SPONTANÉ. PUIS CONTINUER LA COLONNE 300 EN DESCENDANT, EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE MÉTHODE NON CITÉE SPONTANÉMENT. ENCERCLER LE CODE 1 SI LA MÉTHODE EST RECONNUE ET LE CODE 2 SI ELLE N'EST PAS RECONNUE.

300	POUR LES MÉTHODES NON CITÉES SPONTANÉMENT, DEMANDER : واش عمرك اسمعتي ب (MÉTHODE) ؟		
01	STÉRILISATION FÉMININE كاين شي عيالات كيديروا شي عملية جراحية (كيفتحوا) باش عمرهم ما يبقاوش يولدوا.	OUI ... 1 NON ... 2	
02	STÉRILISATION MASCULINE بعض الرجال تيديروا شي عملية جراحية باش عيالاتهم ما يبقاوش يولدوا.	OUI ... 1 NON ... 2	
03	PILULE كاين شي عيالات باش يعطلوا الحمل ولا ما يحملوش كيشربوا واحد الحبة (فنيدة) كل نهار	OUI ... 1 NON ... 2	
04	DIU كاين شي عيالات تيدير لهم الطبيب ولا الفرملية في الوالدة ديالهم السلك (سكوبيدو ؛ اللولب ؛ العملية الصغيرة)	OUI ... 1 NON ... 2	
05	INJECTIONS شي عيالات تيضربوا الشوكة (الإبرة) عند الطبيب ولا عند الفرملية اللي كتولد باش ما يطحوش حاملين في بزاف ديال الشهور	OUI ... 1 NON ... 2	
06	NORPLANTS كاين شي عيالات كيدير لهم الطبيب شي عويدات في الدراع لسري باش ما يولدوش 5 سنين	OUI ... 1 NON ... 2	
07	CONDOM كاين شي رجال اللي كيلبسوا للذكر ديالهم واحد الجلدة (غشاء وقائي) باش المني مايطيحش قي الفرج ديال المرأة وكيبق فديك الجلدة باش المرأة ما تحملش	OUI ... 1 NON ... 2	
08	DIAPHRAGME شي عيالات باش ما يحملوش كيديروا في الفرج ديالهم جلدة رحام المرأة (جلدة ديال المرأة) ولا بونجة قبل ما يتلاقاو مع رجالهم	OUI ... 1 NON ... 2	
09	MOUSSE OU GELÉE شي عيالات باش ما يحملوش كيديروا في الفرج ديالهم فنيدة كتشتش ولا بومادة قبل ما يتلاقاو مع رجالهم	OUI ... 1 NON ... 2	
10	MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRHÉE (MAMA) حتى 6 شهور من بعد الولادة ؛ يمكن المرأة تكثر من الرضاعة بالبزولة ليل أو نهار باش حق الشهر ما ترجع ليها	OUI ... 1 NON ... 2	
11	RHYTHME/CONTINENCE PÉRIODIQUE غير شي يامات في الشهر اللي يمكن المرأة باش تطيح حاملة إلى نعست مع رجلها ؛ لهذا بعض لعيالات من بعد ما كيجيهم الدم كيداو يحسبوا وما كينعسوش مع رجالهم في الليلات اللي يمكن يحملوا فيها (هذا مايتسمى بالحساب)	OUI ... 1 NON ... 2	
12	RETRAIT في الوقت اللي كيكونوا بعض الرجال مجتمعين مع عيالاتهم ماكيرموش المني ديالهم في فرج عيالاتهم ؛ كيرميوه في الخارج	OUI ... 1 NON ... 2	
13	AUTRES واش عمرك اسمعتي بشي حوايج من غير هذو اللي قلت ليك ؛ كتستعملهم المرأة أو الراجل باش ما يولدوش ؟	OUI ... 1 __________ (PRÉCISER) NON 2	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
300B	لو كان كنتي مزوجة، واش غدي تستعملي شي حاجة باش توخري ولا تمنعي الحمل؟	OUI .... 1 NON.. 2 NE SAIT PAS.. 8	
300C	لو كان يمكن ليك تختاري أشحال من دري خص يكون عندك في حياتك كلها، أشحال بغيتي يكونو عندك؟ INSISTER POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.	NOMBRE .... [ ][ ] AUTRE ___________________________ 96 (PRÉCISER)	——► 601
300D	من هذا (العدد) اللي اختارتي يكونو عندك في حياتك كلها؛ اشحال بغيتي منهم يكونو ديال دراري(دكورا) أو اشحال بغيتي منهم ديال البنات او اشحال بغيتي منهم يكونو أولاد أولا بنات (يعني الجنس ماعندو حتى فرق عندك)؟	GARÇONS FILLES N'IMPORTE NOMBRE .... [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] AUTRE ___________________________ 96 (PRÉCISER)	
300E	واش أنت متافقة ولا ما متافقاش باش الرجل أو مراتو يديروا شي حاجة باش ما يولدوش ولا يوخروا الحمل؟	APPROUVE... 1 DÉSAPPROUVE .... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 3	
300F	في الشهر اللي فات واش اسمعتي أو شفتي شي حاجة تتكلم على تنظيم الأسرة في الراديو ؟ في التلفزيون؟ في الجرائد أوفالمجلات ؟	OUI NON RADIO .... 1 2 TÉLÉVISION................................ 1 2 JOURNAUX OU MAGAZINES 1 2	
300G	في الشهر اللي فات واش تكلمتي مع صحباتك ولا جيرانك ولا شي حد من أهلك على شي حاجة تتخص استعمال تنظيم الأسرة؟	OUI .... 1 NON.. 2	

PASSER A 601

دبا بغيت نلقي عليك بعض الأسئلة تتعلق بتنظيم الاسرة ؛ كيف كتعرفي ؛ الرجل ولا المرة يمكن ليهم يديروا شي حوايج باش يوخروا ولا يمنعوا الحمل. واش كتعرفي ولا عمرك سمعتي شي حاجة من هذا الحوايج ؟ ENCERCLER CODE 1 À 301 POUR CHAQUE MÉTHODE CITÉE DE FAÇON SPONTANÉ. PUIS CONTINUER LA COLONNE 301 EN DESCENDANT, EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE MÉTHODE NON CITÉE SPONTANÉMENT. ENCERCLER LE CODE 1 SI LA MÉTHODE EST RECONNUE ET LE CODE 2 SI ELLE N'EST PAS RECONNUE. PUIS, POUR CHAQUE MÉTHODE AVEC CODE 1 ENCERCLÉ À 301, POSER 302.			
301	**ENQUETRiCE :** POUR LES MÉTHODES NON CITÉES SPONTANÉMENT, DEMANDER : واش عمرك اسمعتي ب (MÉTHODE) ؟		302 واش عمرك استعملتي (MÉTHODE) ؟
01	STÉRILISATION FÉMININE كاين شي عيالات كيديروا شي عملية جراحية (كيفتحوا) باش عمرهم ما يبقاوش يولدوا.	OUI ....1 NON.... 2 ↓	واش درتي هذ العملية جراحية (فتحتي) باش عمرك ما بقيش تولدي ؟ OUI ....1 NON 2
02	STÉRILISATION MASCULINE بعض الرجال تيديروا شي عملية جراحية باش عيالاتهم ما يبقاوش يولدوا.	OUI ....1 NON.... 2 ↓	واش رجلك داير هذ العملية باش ما تبقاوش تولدوا ؟ OUI ....1 NON 2
03	PILULE كاين شي عيالات باش يعطلوا الحمل ولا ما يحملوش كيشربوا واحد الحبة (فنيدة) كل نهار	OUI ....1 NON.... 2 ↓	OUI ....1 NON 2
04	DIU كاين شي عيالات تيدير لهم الطبيب ولا الفرملية في الوالدة ديالهم السلك (سكوبيدو ؛ اللولب ؛ العملية الصغيرة)	OUI ....1 NON.... 2 ↓	OUI ....1 NON 2
05	INJECTIONS شي عيالات تيضربوا الشوكة (الإبرة) عند الطبيب ولا عند الفرملية اللي كتولد باش ما يطحوش حاملين في بزاف ديال الشهور	OUI ....1 NON.... 2 ↓	OUI ....1 NON 2
06	NORPLANT كاين شي عيالات كيدير لهم الطبيب شي عويدات في الدراع لسري باش ما يولدوش 5 سنين	OUI ....1 NON.... 2 ↓	OUI ....1 NON 2
07	CONDOM كاين شي رجال اللي كيلبسوا للذكر ديالهم واحد الجلدة (غشاء وقائي) باش المني مايطيحش قي الفرج ديال المرأة وكيبق فديك الجلدة باش المرأة ما تحملش	OUI ....1 NON.... 2 ↓	OUI ....1 NON 2
08	DIAPHRAGME شي عيالات باش ما يحملوش كيديروا في الفرج ديالهم جلدة رحام المرأة (جلدة ديال المرأة) ولا بونجة قبل ما يتلاقاو مع رجالهم	OUI ....1 NON.... 2 ↓	OUI ....1 NON 2
09	MOUSSE OU GELÉE شي عيالات باش ما يحملوش كيديروا في الفرج ديالهم فنيدة كتشتش ولا بومادة قبل ما يتلاقاو مع رجالهم	OUI ....1 NON.... 2 ↓	OUI ....1 NON 2
10	MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRHÉE (MAMA) حتى 6 شهور من بعد الولادة ؛ يمكن المرأة تكثر من الرضاعة بالبزولة ليل أو نهار باش حق الشهر ما ترجع ليها	OUI ....1 NON.... 2 ↓	OUI ....1 NON 2
11	RHYTHME/CONTINENCE PÉRIODIQUE غير شي يامات في الشهر اللي يمكن المرأة باش تطيح حاملة إلى نعست مع رجلها ؛ لهذا بعض لعيالات من بعد ما كتجيهم الدم كيبداو يحسبوا وما كينعسوش مع رجالهم في الليلات اللي يمكن يحملوا فيها (هذا مايتسمى بالحساب)	OUI ....1 NON.... 2 ↓	OUI ....1 NON 2
12	RETRAIT في الوقت اللي كيكونوا بعض الرجال مجتمعين مع عيالاتهم ماكيرموش المني ديالهم في فرج عيالاتهم ؛ كيرميوه في الخارج	OUI ....1 NON.... 2 ↓	OUI ....1 NON 2
13	AUTRES واش عمرك اسمعتي بشي حوايج من غير هذو اللي قلت ليك ؛ كتستعملهم المرأة أو الراجل باش ما يولدوش ؟	OUI ....1 ______ (PRÉCISER) NON 2 ↓	OUI ....1 NON ....2 OUI ....1 NON 2

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
303	VÉRIFIER 302: AUCUN 'OUI' (N'A JAMAIS UTILISÉ) ▼ / AU MOINS UN 'OUI' (A DÉJÀ UTILISÉ)		AU MOINS UN 'OUI' ─► 307
304	واش عمرك استعملتي شي حاجة باش توخري ولا تمنعي الحمل ؟	OUI .... 1 NON 2	OUI ─► 306
305	DANS LA COLONNE 1 DU CALENDRIER, INSCRIRE '0' POUR CHAQUE MOIS LAISSÉ EN BLANC. ENSUITE CONTINUER À		─► 329
306	أشنو هي الحاجة اللي درتي ؟ CORRIGER 302 ET 303 (ET 301 SI NÉCESSAIRE).		
307	أشحال كان عندك ديال ادراري حيين ملي استعملتي أول مرة شي حاجة باش توخري ولا تمنعي الحمل ؟ SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	NOMBRE D'ENFANTS .... [ ][ ]	
308	VÉRIFIER 302 (01 ET 02) : FEMME / MARI NON STÉRILISÉ(E) ▼ / FEMME /MARI STÉRILISÉ(E)		FEMME /MARI STÉRILISÉ(E) ─► 311A
309	VÉRIFIER 226 : NON ENCEINTE OU PAS SÛRE ▼ / ENCEINTE		ENCEINTE ─► 318
310	دبا واش تتستعملي شي حاجة باش توخري ولا تمنعي الحمل ؟	OUI .... 1 NON 2	NON ─► 318
311	أشنو هي هاد الحاجة اللي تتستعملي دبا ؟	STÉRILISATION FÉMININE .... A STÉRILISATION MASCULINE .... B PILULE .... C DIU .... D INJECTIONS .... E NORPLANT .... F CONDOM .... G DIAPHRAGME .... H MOUSSE/GELÉE .... I MAMA .... J CONTINENCE PÉRIODIQUE .... K RETRAIT .... L AUTRE ____________ X (PRÉCISER)	C à X ─► 316A
311A	ENCERCLEZ 'A' POUR LA STÉRILISATION FÉMININE 'B' POUR LA STERILISATION MASCULINE. SI PLUS D'UNE MÉTHODE MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTIONS DE PASSÂGE CORRESPONDANT À LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.		
313	فين درتي العملية الكبيرة (دار رجلك العمليةالجراحية) باش ما تبقاوش تولدوا ؟ S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. ____________ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL PUBLIC .... 11 MATERNITE. .... 12 AUTRE PUBLIC____________ 16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE .... 21 MÉDECIN/SAGE-FEMME .... 22 A.M.P.F. .... 23 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ____________ 26 (PRÉCISER) AUTRE ____________ 96 (PRÉCISER) NSP 98	

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
314	VÉRIFIER 311: CODE 'A' ENCERCLÉ ▼ قبل ما ديري العملية الكبيرة ؛ واش قلوا ليك ما تبقاش تقدري تولدي ؛ من بعد هذه العملية ؟ CODE 'B' ENCERCLÉ ▼ قبل ما يدير رجلك العملية الجراحية واش قلوا ليه ما يبقاش يقدر يولد؛ من بعد هذه العملية ؟	OUI ....1 NON ....2 NE SAIT PAS 8	
316 316A	فا ش من شهر وفاش من عام درتي (دار راجلك) العملية الكبيرة باش ما تبقاوش تولدوا ؟ INSISTER فا ش من شهر وفاش من عام بديتي تستعملي (LA PREMIRERE METHODE ENCERCLEE A Q311) بلا ما توقفيها؟	MOIS .... [ ][ ] ANNÉE .... [ ][ ][ ][ ]	
317	VÉRIFIER 316/316A:: L'ANNÉE EST 1998 OU PLUS TARD [ ] ▼ INSCRIRE LE CODE DE LA MÉTHODE UTILISÉE SUR LA LIGNE DU MOIS DE L'INTERVIEW EN COLONNE 1 DU CALENDRIER ET POUR CHAQUE MOIS QUI PRÉCÈDE JUSQU'AU MOIS AU DÉBUT DE L'UTILISATION DE LA MÉTHODE. ENSUITE, CONTINUER À 318	L'ANNEÉ EST 1997 OU AVANT [ ] ▼ INSCRIRE LE CODE DE LA MÉTHODE UTILISÉE SUR LA LIGNE DU MOIS DE L'INTERVIEW EN COLONNE 1 DU CALENDRIER ET POUR CHAQUE MOIS QUI PRÉCÈDE JUSQU'À JANVIER 1998. ENSUITE, CONTINUER À	—►327

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
318	بعيت نوضع عليك بعض الأسئلة على كاع الأوقات اللي درتي فيها أنت ولا راجلك، في السنين اللخرة، شي حاجة باش ما تولدوش UTILISER LE CALENDRIER POUR DISTINGUER LES PÉRIODES D'UTILISATION PRÉCOCE DE CELLES DE NON-UTILISATION RÉELLE, EN COMMENÇANT PAR L'UTILISATION LA PLUS RÉCENTE, ENSUITE REMONTER JUSQU'À JANVIER 1998. UTILISER LES NOMS DES ENFANTS, LEURS DATES DE NAISSANCE ET LES PÉRIODES DE GROSSESSE COMME POINTS DE RÉFÉRENCE. **EN COLONNE 1,** POUR CHAQUE MOIS, INSCRIRE LE CODE DE LA MÉTHODE UTILISÉE, OU '0' S'IL N'Y A PAS EU D'UTILISATION DE MÉTHODE. QUESTIONS D'ILLUSTRATION POUR LA COLONNE 1 وقتاش درتي آخر مرة شي حاجة باش ماتولديش؟ اشنو هي هذ الحاجة ؟ وقتاش بديتي تتديري هذ الحاجة ؟ EN COLONNE 2 À LA LIGNE QUI SUIT CELLE DU DERNIER MOIS D'UTILISATION DE LA MÉTHODE, INSCRIRE LES CODES DE DISCONTINUATION. LE NOMBRE DE CODES EN COLONNE 2 DOIT ÊTRE ÉGAL AU NOMBRE D'INTERRUPTIONS DE L'UTILISATION DE LA MÉTHODE EN COLONNE 1. DÉMANDER À L'ENQUÊTÉE, POURQUOI ELLE A ARRÊTÉ D'UTILISER LA MÉTHODE. SI UNE GROSSESSE EST SURVENUE, DEMANDER SI ELLE EST INVOLONTAIREMENT TOMBÉE ENCEINTE ALORS QU'ELLE UTILISAIT LA MÉTHODE, OU SI ELLE A VOLONTAIREMENT ARRÊTÉ D'UTILISER LA MÉTHODE POUR TOMBER ENCEINTE. QUESTIONS D'ILLUSTRATION POUR LA COLONNE 2: أشحال بقتي ديال الوقت بعدما ولدتي (الإسم) عاد بديتي تتستعمليها ؟ علاش ما بقيتيش تتستعملي (الحاجة) ؟ واش ما حملتيش وأنت تتستعملي (الحاجة) ولا ما بقتيش تتستعملي (الحاجة) باش تولدي ولا كاين شي سبب آخر؟ SI ELLE A VOLONTAIREMENT ARRÊTÉ D'UTILISER LA MÉTHODE POUR TOMBER ENCEINTE, DEMANDER: من بعدما حبستي (الحاجة)اشحال بقيتي من شهر عاد حملتي؟ ENSUITE INSCRIRE '0' EN COLONNE 1 POUR CHACUN DE CES MOIS.		
318A	VÉRIFIER 310 : UTILISE ACTUELLEMENT ☐ ▼ N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT ☐		─► 329

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
320 320A	منين اخديتي هذا الحاجة (MÉTHODE ACTUELLE) أول مرة ؟ اشكون اللي علمك تكثري من ؛ الرضاعة بالبزولة ؛ في 6 شهور الأولى من بعد الولادة باش حق الشهر ما ترجع ليك (اشكون اللي علمك الحساب ، القدف في الخارج) ؟ SI LA SOURCE EST L'HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. ______________________ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL PUBLIC....................11 MATERNITÉ. ....12 CENTRE DE SANTÉ. ....13 DISPENSAIRE.............................14 VISITE À DOMICILE....................15 ÉQUIPE MOBILE........................16 AUTRE PUBLIC________________17 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE.......................21 PHARMACIE..................................22 MÉDECIN/SAGE-FEMME ....23 A.M.P.F. ....24 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ______________________ 26 AUTRE SOURCE PARENTE/ AMIE ....31 QABLA ....32 AUTRE ______________________ 96 (PRÉCISER)	
321	VÉRIFIER 311/311A: ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE: SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 311/311A, ENCERCLER LE CODE POUR LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCERCLÉES À 311/311A.	STÉRILISATION FÉMININE ....01 STÉRILISATION MASCULINE ....02 PILULE ....03 DIU ....04 INJECTIONS ....05 NORPLANT ....06 CONDOM ....07 DIAPHRAGME ....08 MOUSSE/GELÉE..................................09 MAMA ....10 CONTINENCE PÉRIODIQUE ....11 RETRAIT ....12 AUTRE MÉTHODE 96	→331 (01, 02) →328 (07) →325 (08, 09, 10) →331 (11, 12, 96)
322	كولتي لي؛ اخديتي (MÉTHODE ACTUELLE) من (SOURCE DE LA (METHODE AUX Q313 ou Q320). في ديك الساعة ؛ واش تكلموا ليك على المشاكل الصحية اللي يمكن طرا بسبب استعمال (MÉTHODE ACTUELLE) ؟	OUI ....1 NON 2	→324 (1)
323	واش عمر شي طبيب ولا فرملية ولا شي حد مكلف بتنظيم الأسرة تكلم ليك على المشاكل الصحية اللي يمكن طرا بسبب استعمال (MÉTHODE ACTUELLE) ؟	OUI ....1 NON 2	→325 (2)
324	واش عمرهم كالوا ليك آش خصكي ديري إلى حسيتي أو اجرا ليك شي مشكل في صحتك بسبب استعمال (MÉTHODE ACTUELLE) ؟	OUI ....1 NON 2	
325	VÉRIFIER 322: CODE '1' ENCERCLÉ ▼ فهذا الوقت؛ واش تكلموا ليك على شي حوايج اخرين يمكن ليك تديرهم باش توخري ولا تمنعي الحمل ؟ CODE '1' NON ENCERCLÉ ▼ ملي؛ اخديتي (MÉTHODEACTUELLE) من (SOURCE DE LA METHODE AUX Q313 ou Q320) في داك الوقت ؛ واش تكلموا ليك على شي حوايج اخرين يمكن ليك تديرهم باش توخري ولا تمنعي الحمل ؟	OUI ....1 NON 2	→327 (1)

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
326	واش عمر شي طبيب ولا فرملي(ة) ولا شي حد مكلف بتنظيم الأسرة تكلم ليك على شي حوايج اخرين يمكن ليك تديرهم باش توخري ولا تمنعي الحمل ؟	OUI ....1 NON 2	
327	VÉRIFIER 311/311A: ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE:	STÉRILISATION FÉMININE ....01 STÉRILISATION MASCULINE ....02 PILULE ....03 DIU ....04 INJECTIONS ....05 NORPLANT ....06 CONDOM ....07 DIAPHRAGME ....08 MOUSSE/GELÉE ....09 MAMA ....10 CONTINENCE PÉRIODIQUE ....11 RETRAIT ....12 AUTRE MÉTHODE 96	──► 331 ──► 331 ──► 331 ──► 331 ──► 331 ──► 331

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
328	آخر مرة منين جبتي (فين درتي) الحاجة اللي تتستعملي دبا؟ (MÉTHODE ACTUELLE) S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. ____________________ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL PUBLIC....................11 MATERNITE. ....12 CENTRE DE SANTÉ. ....13 DISPENSAIRE.........................14 VISITE A DOMICILE ....15 ÉQUIPE MOBILE ....16 AUTRE PUBLIC____________17 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE..................21 PHARMACIE............................22 MÉDECIN/SAGE-FEMME ....23 A.M.P.F. ....24 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ________________ 26 (PRÉCISER) AUTRE SOURCE PARENTE/ AMIE ....31 QABLA ....32 AUTRE ________________ 96 (PRÉCISER)	►331
329	واش تتعرفي البلاصة اللي يمكن ليك تاخدي (تديري) فيها شي حاجة باش توخري ولا تمنعي الحمل ؟	OUI ....1 NON 2	—►331
330	آشنو هي هذه لبلاصة ؟ S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. ____________________ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL PUBLIC.................... A MATERNITE. .... B CENTRE DE SANTÉ. .... C DISPENSAIRE......................... D VISITE A DOMICILE .... E ÉQUIPE MOBILE .... F AUTRE PUBLIC____________G (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE.................. H PHARMACIE.............................I MÉDECIN/SAGE-FEMME ....J A.M.P.F. .... K AUTRE MÉDICAL PRIVÉ________________ L (PRÉCISER) AUTRE SOURCE PARENTE/ AMIE ....M QABLA ....N AUTRE ________________ X (PRÉCISER)	
331	فهاذ 12 شهر اللخرة ؛ واش جات عندكم شي فرملي(ة) أو تكلمت ليكم على تنظيم الأسرة ؟	OUI ....1 NON 2	
332	فهاذ 12 شهر اللخرة ؛ واش امشيتي لسبيطار الحومة باش تدواي انت ولا شي حد من أولادك ؟	OUI ....1 NON 2	–►333A

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
333	في سبيطار الحومة ؛ واش تكلموا ليك على الحوايج باش توخري ولا تمنعي الحمل؟	OUI .....1 NON 2	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
333A	VÉRIFIER 301 CONNAÎT LA PILULE ☐ ▼ NE CONNAÎT PAS LA PILULE ☐		─► 333G
333B	أشنو جميع الماركات ديال الحبوب/الفنيد للي فايت ليك سمعتي بهم ؟ INSISTER : أشنو أخر ، أو من غير هاد الماركات ؟ ENREGISTRER LES REPONSES SPONTANEES. ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES MULTIPLES SI NECESSAIRE ? DEMANDEZ LE PAQUET DE LA PILULE UTILISEE	KINAT AL HILAL ..... A ADEPAL. ..... B MICRODIAL. ..... C STEDIRIL. ..... D GYNOVLAR ..... E LO-FEMENAL ..... F OVANON..... G NEOGYNON. ..... H MINIDRIL. ..... I MICROGYNON. ..... J DIANE 35 ..... K MICROVAL ..... L MILLIGYNON. ..... M EXCLUTON..... N OVRETTE. ..... O AUTRE ________ X (PRÉCISER) NSP..... Y	B–Y ─► 333G
333C	إلى قارنتي بين الجودة ديال كينة الهلال أو الثمن ديالها واش بالنسبة ليك كينة الهلال مزيانة، متوسطة أو مامزياناش؟	BON. .....1 MOYEN. .....2 MAUVAIS. .....3 NSP.....8	
333D	واش كتعرفي المحل أو المحلات للي كنلقاو فيهم كينة الهلال؟	OUI.....1 NON .....2 NSP.....8	2, 8 ─► 333G

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
333E	فين إمكن ليك تلقاي كينة الهلال ؟ أشنو هما هاد المحلات / الأماكن ؟ ENREGISTRER LES REPONSES SPONTANEES. ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES MULTIPLES	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL PUBLIC .... A MATERNITE. .... B CENTRE DE SANTÉ. .... C DISPENSAIRE..................................... D VISITE À DOMICILE............................. E ÉQUIPE MOBILE..................................F AUTRE PUBLIC__________________G (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE............................... H PHARMACIE ....I MÉDECIN/SAGE-FEMME ....J A.M.P.F. .... K AUTRE MÉDICAL PRIVÉ___________________________ L (PRÉCISER) AUTRE SOURCE PARENTE/ AMIE ....M QABLA.. N AUTRE ___________________________ X (PRÉCISER)	
333F	شحال ديال الوقت خاصك باش توصلي لهد البلاصة ؟ SI LA FEMME CONNAIT PLUSIEURS SOURCES PRIVEES, DEMANDER LUI DE SE REFERER A LA SOURCE LA PLUS PROCHE	MINUTES............................. [ ][ ][ ] NSP.. 998	

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
333G	VÉRIFIER 301 CONNAÎIT L'INJECTION ☐ ▼ NE CONNAÎT PAS L'INJECTION ☐		─► 333M
333H	أشنوهما جميع الماركات ديال لإباري أو الشوكات أو الحقن للي فايت ليك سمعتي بها ؟ ENREGISTRER LES REPONSES SPONTANEES. ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES MULTIPLES	HOQNAT AL HILAL .... A DEPO PROVERA. .... B NORISTERAT. .... C AUTRE ______________________X (PRÉCISER) NSP... Y	►333 M
333I	إلى قارنتي بين الجودة، ديال حقنة الهلال أو الثمن ديالها واش بالنسبة ليك حقنة الهلال مزيانة، متوسطة او مامازياناش ؟	BON. ....1 MOYEN. ....2 MAUVAIS. ....3 NSP...8	
333J	واش كتعرفي المحلات / البلايص ا للي يمكن توجدي فيهم حقنة/الشوكة الهلال ؟	OUI..1 NON ....2 NSP...8	►333 M
333K	فين امكن تلقاي/توجدي حقنة الهلال؟ واش كاين بلايص أخرين ؟ أشنو هما هاد المحلات / الأماكن ؟ REPONSES SPONTANEES REPONSES MULTIPLES POSSIBLES	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL PUBLIC................................ A MATERNITE. .... B CENTRE DE SANTÉ. .... C DISPENSAIRE.................................... D VISITE À DOMICILE .... E ÉQUIPE MOBILE .... F AUTRE PUBLIC_________________G (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE.............................. H PHARMACIE...I MÉDECIN/SAGE-FEMME ....J A.M.P.F. .... K AUTRE MÉDICAL PRIVÉ________________________ L (PRÉCISER) AUTRE SOURCE PARENTE/ AMIE ....M QABLA ....N AUTRE ________________________ X (PRÉCISER)	
333L	شحال ديال الوقت خاصك باش توصلي لهاد البلاصة ؟ SI LA FEMME CONNAIT PLUSIEURS SOURCES PRIVEES, DEMANDER LUI DE SE REFERER A LA SOURCE LA PLUS PROCHE	MINUTES .... ☐☐☐ NSP 998	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
333M	VÉRIFIER 301 CONNAÎT LE DIU ☐ ▼ NE CONNAÎIT PAS LE DIU ☐		→ 341
333N	أشنو هما جميع الماركات ديال اللولب السلك (ستيريليي) للي فايت لليك سمعت بهم ؟ ENREGISTRER LES REPONSES SPONTANEES. ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES MULTIPLES	LAWLAB AL HILAL .... A COPPER T 380A. .... B NOVA T. .... C GYNE T. .... D MULTILOAD 250. .... E MULTILOAD 375. .... F AUTRE ______ X (PRÉCISER) NSP .... Y	B–Y → 341
333O	إلى قارنتي بين الجودة، ديال لولب الهلال أو الثمن ديالو واش بالنسبة ليك لولب الهلال مزيان، متوسط او مامازيانش ؟	BON. .... 1 MOYEN. .... 2 MAUVAIS. .... 3 NSP 8	
333P	واش كتعرفي المحلات / البلايص ا للي يمكن توجدي فيهم لولب الهلال ؟	OUI .... 1 NON .... 2 NSP 8	2, 8 → 341
333Q	فين امـكـن تلـقـاي/توجدي لولب الهلال؟ واش كاين بلايص أخرين ؟ أشنو هما هاد المحلات / الأماكن ؟ REPONSES SPONTANEES REPONSES MULTIPLES POSSIBLES	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL PUBLIC .... A MATERNITE. .... B CENTRE DE SANTÉ. .... C DISPENSAIRE. .... D VISITE À DOMICILE .... E ÉQUIPE MOBILE .... F AUTRE PUBLIC ______ G (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE .... H PHARMACIE .... I MÉDECIN/SAGE-FEMME .... J A.M.P.F. .... K AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ______ L (PRÉCISER) AUTRE SOURCE PARENTE/ AMIE .... M QABLA .... N AUTRE ______ X (PRÉCISER)	
333R	شحال ديال الوقت خاصك باش توصلي لهاد البلاصة ؟ SI LA FEMME CONNAIT PLUSIEURS SOURCES PRIVEES, DEMANDER LUI DE SE REFERER A LA SOURCE LA PLUS PROCHE	MINUTES .... ☐☐☐ NSP 998	

SECTION 3B. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
341	VÉRIFIER 311/311A: NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ ☐ ▼ LUI OU ELLE STÉRILSÉ ☐ ———		——► 354
342	VÉRIFIER 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE ☐ ? دبا ابغيت نسولك بعض الأسئلة تتعلق بالمستقبل ديال لولآدات ديالك: واش باغية تولدي شي ولد آخر ولا ماتلتيش باغية تولدي بالمرة؟ ENCEINTE ☐ ▼ دبا ابغيت نسولك بعض الأسئلة تتعلق بالمستقبل ديال لولآدات ديالك: من بعد ما تولدي، واش باغية تولدي شي ولد آخر ولا مابقيتيش باغية تولدي بالمرة؟	AVOIR UN (AUTRE) ENFANT .... 1 PAS D'AUTRE/AUCUN .... 2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE........................ 3 INDÉCISE/NE SAIT PAS ET ENCEINTE .... 4 INDÉCISE/NE SAIT PAS ET PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE... 5	 ——► 344 ——► 354 ——► 350 ——► 348
343	VÉRIFIER 226: PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE ☐ ▼ من دبا أشحال ديال الوقت باغية تسناي عاد تولدي بنت ولا ولد آخر؟ ENCEINTE ☐ ▼ من بعد ما تولدي، أشحال بغيتي تسناي باش تولدي شي ولد آخر؟	MOIS .... 1 ☐☐ ANNÉES .... 2 ☐☐ BIENTÔT/MAINTENANT....................... 993 DIT NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE.................. 994 APRÈS MARIÂGE .... 995 AUTRE ______________________ 996 (PRÉCISER) NE SAIT PAS... 998	 ——► 349 ——► 354 ——► 349 (995, 996, 998)
344	VÉRIFIER 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE ☐ ▼ ENCEINTE ☐ ———		——► 350
345	VÉRIFIER 310: UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE? NON POSÉE ☐ ▼ N'UTILISE PAS ACTUEL-LEMENT ☐ ▼ UTILISE AC-TUELLEMENT ☐ ———		——► 348
346	VÉRIFIER 343: NON POSÉE ☐ ▼ 24 MOIS OU PLUS OU 02 ANS OU PLUS ☐ ▼ 00-23 MOIS OU 00-01 AN ☐ ———		——► 350

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
347	VÉRIFIER 342: VEUT UN/UN AUTRE ENFANT ☐ ▼ كولتي لي ما باغياش تولدي دبا، أو ما تستعمليش شي حاجة باش تمنعي الحمل؛ واش يمكن ليك تكولي لي علاش ؟ واش كاين شي أسباب أخرى؟ NE VEUT PAS D'(AUTRE) ENFANT ☐ ▼ كولتي لي ما باغياش تولدي شي ولد آخر، أو ما تستعمليش شي حاجة باش تمنعي الحمل؛ واش يمكن ليك تكولي لي علاش ؟ واش كاين شي أسباب أخرى؟ ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	NON MARIÉE ....A RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ PAS DE RAPPORTS SEXUELS ....B RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS ....C MÉNOPAUSE//HYSTÉRECTOMIE ....D SOUS-FÉCONDE/STÉRILE ....E AMÉNORRHÉE POSTPARTUM ....F ALLAITEMENT ....G FATALISTE ....H OPPOSITION À L'UTILISATION ENQUÊTÉE OPPOSÉE ....I MARI OPPOSÉ ....J AUTRES PERSONNES OPPOSÉES ....K INTERDITS RELIGIEUX ....L MANQUE DE CONNAISSANCE NE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE ....M NE CONNAÎT AUCUNE SOURCE ....N RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES PROBLÈMES DE SANTÉ ....O PEUR DES EFFETS SECONDAIRES ....P PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN ....Q TROP CHER ....R PAS PRATIQUE À UTILISER ....S INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NORMALES DU CORPS ....T AUTRE ________ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ....Z	
348	فهاذ الأسابيع اللي جاية إلى لقيتي راسك حاملة واش غدي يكون بالنسبة ليك مشكل كبير ولا مشكل صغير ولا ماغدي إكون عندك حتى مشكل؟	PROBLÈME IMPORTANT ....1 PETIT PROBLÈME ....2 AUCUN PROBLÈME ....3 DIT NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE/ N'A PAS DE RAPPORTS SEX. 4	
349	VÉRIFIER 310: UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE? NON POSÉE ☐ ▼ NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT ☐ ▼ OUI, UTILISE ACTUELLEMENT ☐		► 354
350	واش تتفكري تستعملي في المستقبل شي حاجة باش توخري ولا تمنعي الحمل؟	OUI ....1 NON ....2 NE SAIT PAS 8	 ► 352 (NON, NE SAIT PAS)
351	أشنو هي الحاجة اللي تتفضلي تستعملي في المستقبل ؟	STÉRILISATION FÉMININE ....01 STÉRILISATION MASCULINE ....02 PILULE ....03 DIU ....04 INJECTIONS ....05 NORPLANT ....06 CONDOM ....07 DIAPHRAGME ....08 MOUSSE/GELÉE ....09 MAMA ....10 CONTINENCE PÉRIODIQUE ....11 RETRAIT ....12 AUTRE MÉTHODE 96 (PRÉCISER) PAS SÛRE 98	► 354

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
352	أشنو هو السبب المهم اللي خلاك تتفكري باش ما تستعمليش في المستقبل شي حاجة باش توخري ولا تمنعي الحمل؟	NON MARIÉE ..... 11 RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ PAS DE RAP. SEXUELS/RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS ..... 22 MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE ..... 23 SOUS-FÉCONDE/STÉRILE ..... 24 VEUT AUTANT D'ENFANTS QUE POSSIBLE ..... 26 OPPOSITION À L'UTILISATION ENQUÊTÉE OPPOSÉE ..... 31 MARI OPPOSÉ ..... 32 AUTRES PERSONNES OPPOSÉES .. 33 INTERDITS RELIGIEUX ..... 34 MANQUE DE CONNAISSANCE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE ..... 41 CONNAÎT AUCUNE SOURCE ..... 42 RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES PROBLÈMES DE SANTÉ ..... 51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES . 52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN ..... 53 TROP CHER ..... 54 PAS PRATIQUE À UTILISER ..... 55 INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NATURELLES DU CORPS ..... 56 AUTRE ______ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	22–98 ► 354
353	لو كان كنت مزوجة، واش غدي تستعملي شي حاجة باش توخري ولا تمنعي الحمل؟	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8	
354	VÉRIFIER 216: A DES ENFANTS VIVANTS ☐ ▼ لو كان يمكن ليك تعودي من الوقت اللي مكان عندك فيه حتى دري وتختاري أشحال من دري خص يكون عندك في حياتك كلها، أشحال بغيتي يكون عندك؟ N'A PAS D'ENFANT VIVANT ☐ ▼ لو كان يمكن ليك تختاري أشحال ديال دراري خص يكون عندك في حياتك كلها، أشحال بغيتي يكونو عندك؟ INSISTER POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.	NOMBRE ..... ☐☐ AUTRE ______ 96 (PRÉCISER)	96 ► 356
355	من هذا (العدد) اللي اختارتي يكونو عندك في حياتك كلها؛ اشحال بغيتي منهم يكونو ديال دراري(دكورا) أو اشحال بغيتي منهم ديال البنات او اشحال بغيتي منهم يكونو أولاد أولا بنات (يعني الجنس ماعندو حتى فرق عندك)؟	GARÇONS / FILLES / N'IMPORTE NOMBRE .... ☐☐ ☐☐ ☐☐ AUTRE ______ 96 (PRÉCISER)	
356	واش أنت متافقة ولا ما متافقاش باش الرجل أو مراتو يديروا شي حاجة باش ما يولدوش ولا يوخروا الحمل؟	APPROUVE ..... 1 DÉSAPPROUVE ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 3	
357	في الشهور اللي فاتو واش اسمعتي أو شفتي شي حاجة تتكلم على تنظيم الأسرة في الراديو ؟ في التلفزيون؟ في الجرائد أوفالمجلات ؟	OUI / NON RADIO ..... 1 / 2 TÉLÉVISION ..... 1 / 2 JOURNAUX OU MAGAZINES ..... 1 / 2	

Nº	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
358	في الأ شهرة اللي فاتو واش تكلمتي مع صحباتك ولا جيرانك ولا شي حد من أهلك على شي حاجة تتخص استعمال تنظيم الأسرة؟	OUI .... 1 NON 2	 → 360
359	مع من تكلمتي ؟ واش كاين شي حد آخر؟ ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MARI .... A MÈRE .... B PÈRE .... C SOEUR(S) .... D FRÈRE(S) .... E FILLE .... F FILS .... G BELLE-MÈRE .... H AMI(E)S/VOISIN(E)S .... I AUTRE ____________ X (PRÉCISER)	
360	VÉRIFIER 121 : OUI , ACTUELLEMENT MARIEE ☐ ▼ — NON MARIEE ACTUELLEMENT ☐		→ 367
361	VÉRIFIER 311/311A: AU MOINS UN CODE ENCERCLÉ ☐ ▼ — AUCUN CODE ENCERCLÉ ☐		→ 363
362	كولتي لي تتستعملي شي حاجة باش توخري ولا تمنعي الحمل. القرار باش تتستعملي شي حاجة لتنظيم الأسرة واش أنت لقررتي ولا راجلك ولا قررتو بجوج؟	PRINCIPALEMENT ENQUÊTÉE .... 1 PRINCIPALEMENT MARI .... 2 DÉCISION COMMUNE .... 3 AUTRE ____________ 6 (PRÉCISER)	
363	دبا بغيت نتكلم معاك على رأي راجلك في تنظيم الأسرة. واش تتضني راجلك متافق ولا ما متافقاش باش الرجل أو مراتو يديروا شي حاجة باش ما يولدوش ولا يوخروا الحمل؟	APPROUVE .... 1 DÉSAPPROUVE .... 2 NE SAIT PAS /INDIFFERENT 8	
364	فهاذ 12 شهراللي فات، أشحال من مرة تكلمتي مع راجلك على تنظيم الأسرة ؟	JAMAIS .... 1 UNE OU DEUX FOIS .... 2 PLUS SOUVENT 3	
365	VÉRIFIER 311/311A: NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ ☐ ▼ — LUI OU ELLE STÉRILISÉ ☐		→ 367
366	واش تتضني راجلك باغي نفس العدد اللي بغيتي يكون عندك ديال دراري؟ (الأولاد أولبنات)	MÊME NOMBRE .... 1 PLUS D'ENFANTS .... 2 MOINS D'ENFANTS .... 3 NE SAIT PAS 8	
367	كيف تتعرفي، الراجل أو مراتو ما تيكونوش ديما متافقين على كل شي. من فضلك بغيتك تكولي لي؛ واش تيجيك عادي لمراة ترفض تنعس مع راجلها إلى :	OUI NON NSP	
	عرفات رجلها فيه شي مرض تيتنقل جنسيا؟	IL A UNE MST 1 2 8	
	عرفات رجلها نعس مع عيلات أخرين؟	AUTRES FEMMES 1 2 8	
	مراتو بحرة ولدات (مور الربعين)؟	ACCOUCHÉ RÉCEMMENT ... 1 2 8	
	مراتو عينة ولا معندهاش الخاطر؟	FATIGUÉE/PAS HUMEUR 1 2 8	

SECTION 4A. GROSSESSE, SOINS POSTNATALS ET ALLAITEMENT

401	VÉRIFIER 224: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS JANVIER 1998 ☐ ▼ PAS DE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1998 ☐		—► 487
402	دبا بغيت نتكلم معك على الوقت اللي كنت فيه حاملة باللولاد اللي ولدتي في هاذ الخمس السنين اللخرة INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER1998. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER LA DERNIÈRE COLONNE D'UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE).		

403	NUMÉRO DE LIGNE DE Q 212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE ☐☐	AVANT-DERNIÈRE NAISS NUMÉRO DE LIGNE ☐☐
404	SELON Q. 212 ET Q. 216	NOM ____________________ VIVANT ☐ DÉCÉDÉ ☐	NOM ____________________ VIVANT ☐ DÉCÉDÉ ☐
405	في الوقت اللي طحت فيه حاملة ب "إسم", واش كنت باغية تحمل ولا كنت باغية تسناي والا ما كنتي كاع باغية تحملي؟	À CE MOMENT .... 1 (PASSER À 407) PLUS TARD .... 2 NE VOULAIT PLUS .... 3 (PASSER À 407) ◄	À CE MOMENT .... 1 (PASSER À 423) PLUS TARD .... 2 NE VOULAIT PLUS .... 3 (PASSER À 423) ◄
406	اشحال كنت باغية تسناي؟	MOIS .... 1 ☐☐ ANNÉES .... 2 ☐☐ NE SAIT PAS 998	MOIS .... 1 ☐☐ ANNÉES .... 2 ☐☐ NE SAIT PAS 998
407	فاش كنت حاملة ب "إسم" ، واش دوزتي عند شي حد؟ SI OUI: عند من دوزتي؟ اشكون آخر؟ ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CONSULTÉES	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN .... A INFIRMIÈRE .... B SAGE-FEMME .... C AUTRE PERSONNE QABLA .... D AUTRE ____________ X (PRÉCISER) PERSONNE .... Y (PASSER À 414B) ◄	
408	اشحال كان عند حملك ب "إسم" من شهر فاش دوزتي المرة الأولى؟	MOIS .... ☐☐ NE SAIT PAS 98	
408A	اشنو هو السبب المهم لخلاك دوزي المرة الأولى على هذا الحمل ب "إسم"؟ INSISTER SUR LA RAISON LA PLUS IMPORTANTE	VÉRIFIER L'ÉTAT DU BÉBÉ .... 01 RÉSERVER POUR L'ACCOUCHEMENT .... 02 VÉRIFIER QU'ELLE EST ENCEINTE .... 03 FAMILLE / AUTRE A INSISTÉ .... 04 ROUTINE .... 05 ASSURER UNE GROSSESSE EN BONNE SANTÉ .... 06 A EU DES COMPLICATIONS .... 07 AUTRE ____________ 96 (PRÉCISER)	
409	اشحال من مرة دوزتي على هاذ الحمل ب "إسم"؟	NOMBRE DE FOIS .... ☐☐ NE SAIT PAS 98	

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ____________	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ____________
409A	واش دوزتي في الشهر اللخر ديال هاذ الحمل؟	OUI ... 1 NON ... 2 NSP ... 8	
409B	فين دوزتي المرة اللخرة على هاذ الحمل ب "إسم"؟	HÔPITAL ... 01 CENTRE DE SANTÉ ... 02 DISPENSAIRE ... 03 CLINIQUE ... 04 MÉDECIN PRIVÉ ... 05 À DOMICILE ... 06 (PASSER À 410) AUTRE ____________ 96 (PRÉCISER)	
409C	اشحال درتي ديال الوقت باش توصلي لبلاصة فين دوزتي المرة اللخرة؟	NINUTES ... [ ][ ][ ] NE SE RAPPELLE PAS ... 998	
409D	واش مشيتي على رجليك و لا مشيتي راكبة(فاش راكبة)؟	À PIED ... 1 BUS /TAXI ... 2 VOITURE PERSONNELLE ... 3 AUTRE ____________ 6 (PRÉCISER)	
409E	ملي و صلتي لبلاصة فين دوزتي اشحال تسنيتي عاد دوزتي؟	NINUTES ... [ ][ ][ ] NE SE RAPPELLE PAS ... 998	
410	VÉRIFIER 409: NOMBRE DE CONSULTATIONS PRÉNATALES REÇUES	UNE FOIS [ ] (PASSER À 412) PLUS D'UNE FOIS OU NSP [ ]	
411	اشحال كان عندك من شهر فاش دوزتي المرة اللخرة على الحمل ديالك؟	MOIS ... [ ][ ] NE SAIT PAS ... 98	
412	ملي كنت تدوزي على هاذ الحمل ديالك ب "إسم"، واش: وزنوك ؟ عبرو ليك الطول؟ عبروليك الطانسيو؟ درو ليك التحليلة ديال الدم؟ درو ليك تحليلة ديال البول؟ عبرو ليك كرشك؟ تصنتوللتربية؟ دارو ليك التلفزة؟ قلبوك؟ هضرو ليك على الوضع ديال التربية؟.	OUI NON NSP POIDS ... 1 2 8 TAILLE ... 1 2 8 TENSION ... 1 2 8 SANG ... 1 2 8 URINE ... 1 2 8 ABDOMEN ... 1 2 8 ÉCOÛTEMENT BÉBÉ .. 1 2 8 ULTRASON ... 1 2 8 EXAMEN INTERNE ... 1 2 8 POSITION DU BÉBÉ ... 1 2 8	
413	فاش دوزتي، واش تكلمو ليك على كيفاش تعرفي بلي الحمل ديالك فيه شي مشكل؟	OUI ... 1 NON ... 2 (PASSER À 414A) NE SAIT PAS ... 8	

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ______________________	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ______________________
414	واش كالو ليك فين تمشي الا حسيتي بشي مشكل في الحمالة ديالك؟	OUI .... 1 NON.......... 2 NE SAIT PAS 8	
414A	ملي دوزتي على هاذ الحمل ديالك ، واش اعطاوك شي معلومات على: الماكلة اللي خاصك تاكلي ؟ الرضاعة بالبزولة ؟ تنظيم الأسرة.؟ التدويزة من بعد الولادة ؟	OUI NON NSP RÉGIME .... 1 2 8 ALLAIT. AU SEIN .... 1 2 8 PF .... 1 2 8 SOINS POSTNATALS.. 1 2 8	
414B	واش عمرك جلبتي على الكزاز؟	OUI .... 1 NON.......... 2 (PASSER À 417) ◄ NE SAIT PAS 8	
414C	اشحال من مرة جلبتي؟	NOMBRE DE FOIS .... ☐ NE SAIT PAS 8	
415	فاش كنت حاملة بهاذ الحمل ،واش جلبتي على الكزاز؟	OUI .... 1 NON.......... 2 (PASSER À 417) ◄ NE SAIT PAS 8	
416	اشحال من مرة جلبتي؟	NOMBRE DE FOIS .... ☐ NE SAIT PAS 8	
417	ملي كنت حاملة بهاذ الحمل، واش اعطاوك ولا عمرك شرتي شي كينة ولا سيرو ديال الحديد؟	OUI .... 1 NON.......... 2 (PASSER À 419) ◄ NE SAIT PAS 8	
418	اشحال من النهار في المجموع،اخديتي هاذ الكينة ولا السيرو ديال الحديدفاش كنت حاملة بهاذ الحمل ؟ SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	NOMBRE DE JOURS .... ☐☐☐ NE SAIT PAS 998	
419	فاش كنت حاملة بهاذ الحمل ، واش كنت كتلقي شي مشكلة باش تشوفي في الضو ديال النهار؟	OUI .... 1 NON.......... 2 NE SAIT PAS 8	
420	فاش كنت حاملة بهاذ الحمل , واش كان كيجيك العمى في الليل؟	OUI .... 1 NON.......... 2 NE SAIT PAS 8	
420A	ملي كنت حاملة بهاذ الحمل ، واش منزلاتش منك شي مرة الدم؟	OUI .... 1 NON.......... 2 (PASSER À 421A) ◄ NE SAIT PAS 8	
420B	اشحال ديال الدم نزل منك : شوية، بزاف ولا متوسط؟	AIGU.......... 1 MODÉRÉ.......... 2 LÉGER 3	
420C	امتا نزل منك هاذ الدم واش في الثلث الشهور اللولة، ولا الثانية ولا اللخرة؟	TROIS PREMIERS MOIS.......... 1 DEUXIÈME TRIMESTRE.......... 2 TROIS DERNIERS MOIS.......... 3 NE SAIT PAS 8	

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ______________________	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ______________________
420D	واش خدتي شي علاج ولا نصيحة على الدم اللي نزل منك؟	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 421A) ◄	
420E	اشكون اللي عطاك هاذ النصيحة ولا العلاج؟ اشكون آخر؟	MÉDECIN .... A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME .... B PHARMACIEN .... C QABLA .... D MÈRE .... E MARI .... F AUTRE PARENT .... G GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ..... H AUTRE ______________ X (PRÉCISER)	
421A	ملي كنت حاملة "إسم"، واش مرضتي ب: الطانسيو؟ النفاخ ديال الرجلين؟ حريق الراس؟ حريق في أعلى البطن؟ سخانة عالية بزاف؟ تشنج بلا سخانة؟ حريق البولة؟ بوصفير؟	OUI NON NSP HYPERTENSION .... 1 2 8 OEDÈMES .... 1 2 8 CÉPHALÉE .... 1 2 8 DOULEUR ABDOMEN. 1 2 8 HYPERTHERMIE .... 1 2 8 CONVULSIONS .... 1 2 8 BRULÛRES MICTION. 1 2 8 JAUNISSE 1 2 8	
421B	VÉRIFIER 421A:	AU MOINS 1 'OUI' ☐ ▼ AUCUN 'OUI' ☐ (PASSER À 422E) ◄	
422A	واش اخديتي شي علاج ولا نصيحة على هاذ المشكلة (المشاكيل)؟	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 422C) ◄	
422B	اشكون اللي عطاك هاذ النصيحة ول هاذ العلا ج؟ اشكون آخر؟	MÉDECIN .... A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME .... B PHARMACIEN .... C QABLA .... D MÈRE .... E MARI .... F AUTRE PARENT .... G GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ..... H AUTRE ______________ X (PRÉCISER)	
422C	VÉRIFIER 421A:	CON-VUL-SIONS ☐ ▼ PAS DE CONVULSIONS ☐ (PASSER À 422E) ◄	
422D	واش عمرالجسم ديالك تشنج عليك فاش ما كنتيش حاملة؟	OUI .... 1 NON 2	
422E	فاش كنتي حاملة، واش كانت كتجيك النهجة فاش كتمشاي؟	OUI .... 1 NON 2	
422F	دبا بغيت نسولك شي أسئلة على الولادة ديالك، ملي الوجع ديالك ولى متابع و مقارب، واش بقى فيك اكثر من 12 لساعة؟	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 422K) ◄ NE SAIT PAS 8	

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________________________	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________________________
422G	ملي طوال عليك الوجع واش اداوك لشي بلاصة؟	OUI ..... 1 NON..... 2 NSP 8	
422H	واش ظنيتي أنت ولا اللي قابلوك بلي الولادة ديالك كاين فيها شي مشكل؟	OUI ..... 1 NON..... 2 NSP 8	
422I	واش عيطتو على شي واحد على هاذ المشكلة؟	OUI ..... 1 NON..... 2 (PASSER À 422K) ◄	
422J	اشكون ؟ SI PLUS D'UNE PERSONNE, ENCERCLER CELLE LA PLUS QUALIFIÉE.	MÉDECIN ..... 1 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME..... 2 QABLA..... 3 AUTRE ________________ 6 (PRÉCISER) ÉTAIT À L'HÔPITAL..... 8 (PASSER À 422K) ◄	
422K	ملي كنت تتوجعي ولا ملي بغيتي تولدي واش جاتك السخانة؟	OUI ..... 1 NON..... 2 NSP 8	
422L	واش ملي كنت تتوجعي ولا من بعد ما ولدتي، احسيتي بالتشنج ولا غيبتي؟	OUI ..... 1 NON..... 2 (PASSER À 422Q) ◄ NE SAIT PAS 8	
422M	واش ظنيتي انت ولا اللي قابلوك بلي التشنج و لا الغيبوبة كان مشكلة؟	OUI ..... 1 NON..... 2 NSP 8	
422N	ملي تشنجتي ولا غيبتي، واش عيطو على شي حد؟	OUI ..... 1 NON..... 2 (PASSER À 422P) ◄	
4220	اشكون ؟ SI PLUS D'UNE PERSONNE, ENCERCLER CELLE LA PLUS QUALIFIEE.	MÉDECIN ..... 1 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME..... 2 QABLA..... 3 AUTRE ________________ 6 (PRÉCISER) ÉTAIT À L'HÔPITAL..... 8 (PASSER À 422Q) ◄	
422P	ملي غيبتي ولا وقعليك التشنج، واش اداوك لشي بلاصة باش اداويوك؟	OUI ..... 1 NON..... 2 NSP 8	
422Q	واش نزل منك الدم بزاف ملي جاك الوجع ولا ملي ولدتي؟	OUI ..... 1 NON..... 2 (PASSER À 423) ◄ NE SAIT PAS 8	
422R	واش ظنيتي أنت ولا اللي قابلوك بلي الدم لنزل منك كان مشكلة؟	OUI ..... 1 NON..... 2 NSP 8	

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________________________	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________________________
422S	اش عيطو على شي حد باش اعونك ولا يعالجك على الدم اللي نزل منك؟	OUI .... 1 NON.. 2 (PASSER À 422U) ◄	
422T	على من اعيطتو؟ SI PLUS D'UNE PERSONNE, ENCERCLER CELLE LA PLUS QUALIFIEE.	MÉDECIN .... 1 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME............ 2 QABLA... 3 AUTRE ______________________ 4 (PRÉCISER) ÉTAIT À L'HÔPITAL......................... 5 (PASSER À 423) ◄	
422U	ملي نزل منك الدم بزاف، واش ا داوك لشي بلاصة باش يعالجوك؟	OUI .... 1 NON.. 2 NSP 8	
422V	واش دارلك شي حد شي حاجة باش ينقص ولا يحبس الدم؟	OUI .... 1 NON.. 2 NSP 8	
423	ملي ولدتي (الإسم) واش كان غليظ، ضعيف ولا متوسط؟	TRÈS GROS .... 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN .... 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE.... 4 TRÈS PETIT..................................... 5 NE SAIT PAS 8	TRÈS GROS..................................... 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN... 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE.... 4 TRÈS PETIT..................................... 5 NE SAIT PAS 8
424	واش عبرو 'إسم' فاش تزاد؟	OUI .... 1 NON.. 2 (PASSER À 426) ◄ NE SAIT PAS 8	OUI .... 1 NON.. 2 (PASSER À 426) ◄ NE SAIT PAS 8
425	اشحال كان فيه؟ ENREGISTRER LE POIDS PORTÉ SUR LE CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.	GRAMMES DU CARNET............. 1 [| | |] GRAMMES DE MÉMOIRE .... 2 [| | |] NE SAIT PAS 9998	GRAMMES DU CARNET............. 1 [| | |] GRAMMES DE MÉMOIRE........... 2 [| | |] NE SAIT PAS 9998
426	اشكون لي قابلك ملي ولدتي (الاسم)؟ INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES. SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE "PERSONNE" NE L'A ASSISTÉ, INSISTER: SI UNE PERSONNE ADULTE ETAIT PRESENTE A L'ACCOUCHEMENT.	PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN .... A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME........ B AUTRE PERSONNE QABLA.. C PARENT(E)S/AMI(E)S .... D AUTRE ____________________ X (PRÉCISER) PERSONNE .... Y	PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN .... A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME........ B AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.................. C PARENTS/AMIS.......................... D AUTRE ____________________ X (PRÉCISER) PERSONNE..................................... Y

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________________________	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________________________
427	فين ولدتي (الاسم)؟	DOMICILE VOTRE DOMICILE .... 11 (PASSER À 428C) ◄ AUTRE DOMICILE .... 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL. .... 21 CENTRE DE SANTÉ.................. 22 AUTRE PUBLIC ____________ 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE .... 31 AUTRE PRIVÉ. MÉDICAL _______________ 36 (PRÉCISER) AUTRE ____________________ 96 (PRÉCISER) (PASSERÀ 428C) ◄	DOMICILE VOTRE DOMICILE .... 11 (PASSER À 428C) ◄ AUTRE DOMICILE .... 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL. .... 21 CENTRE DE SANTÉ.................. 22 AUTRE PUBLIC ____________ 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE .... 31 AUTRE PRIVÉ. MÉDICAL _______________ 36 (PRÉCISER) AUTRE ____________________ 96 (PRÉCISER) (PASSERÀ 428C) ◄
428	واش التربية اخرجت لراسها ولا خرجوها بشي آلة و لا بالفتيح؟	TOUT SEUL .... 1 (PASSER À 428D) ◄ FORCEPS /VENTOUSE .... 2 CÉARIENNE.................................... 3	TOUT SEUL..................................... 1 (PASSER À 428D) ◄ FORCEPS /VENTOUSE .... 2 CÉSARIENNE 3
428A	واش كلوليك علاش فتحو ليك؟	OUI .... 1 NON.. 2 (PASSER À 428D) ◄ NE SAIT PAS 8	OUI .... 1 NON.. 2 (PASSER À 428D) ◄ NE SAIT PAS 8
428B	آش كلوليك؟	FŒTUS TROP GROS .... 01 POSITION TRANSVERSALE......... 02 BASSIN ÉTROIT .... 03 RUPTURE DE L'UTÉRUS.............. 04 MUSCLE DE L'UTÉERUS FON- GIBLE/NE PEUT PAS POUSSER. 05 FŒTUS MALADE/BATTEMENT DU CŒUR RALENTI .... 06 RETARD DU BÉBÉ .... 07 ANCIENNE CÉSARIENNE............. 08 AUTRE ____________________ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 428D)	FŒTUS TROP GROS .... 01 POSITION TRANSVERSALE......... 02 BASSIN ÉTROIT .... 03 RUPTURE DE L'UTÉRUS.............. 04 MUSCLE DE L'UTÉRUS FON- GIBLE/NE PEUT PAS POUSSER. 05 FŒTUS MALADE/BATTEMENT DU CŒUR RALENTI .... 06 RETARD DU BÉBÉ .... 07 ANCIENNE CÉSARIENNE............. 08 AUTRE ____________________ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 428D)
428C	علاش ما ولدتيش في السبيطار ولا الكلينيك؟	PRÉFÈRE ACCOUCHER À DOMICILE .... 1 SERVICE NON DISPONIBLE .... 2 COÛTE CHER .... 3 AVANT TERME/ACCOUCHE- MENT SOUDAIN .... 4 AUTRE _____________________ 6 (PRÉCISER)	PRÉFÈRE ACCOUCHER À DOMICILE .... 1 SERVICE NON DISPONIBLE .... 2 COÛTE CHER .... 3 AVANT TERME/ACCOUCHE- MENT SOUDAIN .... 4 AUTRE _____________________ 6 (PRÉCISER)
428D	باش قطعو ليك الصرة؟	INSTRUMENTS MÉDICAUX............ 1 CISEAUX ORDINAIRES .... 2 LAME DE RASOIR .... 3 COUTEAU .... 4 AUTRE _____________________ 6 (PRÉCISER) NSP 8	INSTRUMENTS MÉDICAUX............ 1 CISEAUX ORDINAIRES................... 2 LAME DE RASOIR .... 3 COUTEAU .... 4 AUTRE _____________________ 6 (PRÉCISER) NSP 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ____________________	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ____________________
428E	باش تدوات الصرة ديال (الإسم)؟	PANSEMENT STÉRILISÉ .... 1 CAFÉ EN POUDRE.......................... 2 FARINE .... 3 LA BOUE .... 4 AUTRE ____________________ 6 (PRÉCISER) NSP 8	PANSEMENT STÉRILISÉ .... 1 CAFÉ EN POUDRE.......................... 2 FARINE... 3 LA BOUE .... 4 AUTRE ____________________ 6 (PRÉCISER) NSP 8
428F	واش اخروج لخلاص كان فيه شي مشكل؟	OUI .... 1 NON.. 2 NSP 8	OUI .... 1 NON.. 2 NSP 8
428G	ملي ولدت (الإسم) واش كملتي تسعة أشهر ديال الحمل ولا قل ولا أكثر من تسعة أشهر؟	AUX TERMES DE 9 MOIS .... 1 AVANT 9 MOIS .... 2 APRES 9 MOIS .... 3 NSP 8	AUX TERMES DE 9 MOIS .... 1 AVANT 9 MOIS................................. 2 APRES 9 MOIS .... 3 NSP 8
429	من بعد ما ولدتي 'إسم' واش دوزتي عند شي طبيب و لا فرملي(ة)؟	OUI .... 1 NON.. 2 (PASSER À 432B)	OUI .... 1 (PASSER À434) NON.. 2
430	اشحال داز من نهار ولا سيمنة على الولادة ديالك عاد دوزتي المرة الاولى ؟ ENREGISTRER "00" SI MÊME JOUR.	JOURS APRÈS ACC....... 1 SEMAINES APRÈS ACC 2 NE SAIT PAS 998	
431	من بعد ما ولدتي عند من دوزتي؟ INSISTER POUR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE	PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ MÉDECIN.................................. 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME...... 12 AUTRE PERSONNE QABLA....................................... 21 AUTRE ____________________ 96 (PRÉCISER)	
432	فين دوزتي؟	DOMICILE VOTRE DOMICILE..................... 11 AUTRE DOMICILE .... 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL . ... 21 CENTRE DE SANTÉ .... 22 AUTRE PUBLIC ____________ 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE.................................. 31 AUTRE PRIVÉ. MÉDICAL________________36 (PRÉCISER) AUTRE ____________________ 96 (PRÉCISER)	

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ______________________	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ______________________
432A	فاش دوزتي، واش: قلبوليك كرشك؟ قلبوليك بزازلك؟ قلبوك؟ اعطاوك شي كينة ديال الحديد؟ اعطاوك شي معلومات على الرضاعة؟ اعطاوك شي معلومات على كيفاش تربي؟ اعطاوك شي معلومات على تنظيم الأسرة؟	OUI NON NSP EXAMEN ABDOMINAL 1 2 8 EXAMEN DES SEINS .. 1 2 8 EXAMEN GYNÉCO. ..... 1 2 8 PRESCRIPTION FER .. 1 2 8 CONSEILS ALL. MAT. . 1 2 8 CONSEILS BÉBÉ......... 1 2 8 CONSEILS PF. .... 1 2 8 (PASSER À 433)	
432B	اشنو السبب المهم اللي خلاك ما دوزتيش بعد ما ولدتي؟	PAS DE COMPLICATIONS............ 01 AYANT L'EXERIENCE................... 02 IGNORE L'IMPORTANCE.............. 03 SERVICE NON DISPONIBLE .... 04 COÛTE TROP CHER..................... 05 TROP OCCUPÉE........................... 06 MARI OCCUPÉ. .... 07 AUTRE RAISONS ____________ 96 (PRÉCISER)	
433	في الشهرين اللي تبعات الولادة، واش اخديتي فيتامين 'A' بحال هدي؟ MONTRER L'AMPOULE/GÉLULES/SIROP	OUI .... 1 NON.. 2	
433A	بعد ما ولدتي، واش ا جاتكش الفيضة في الستة سيمنات الأولى ؟	OUI .... 1 NON.. 2 (PASSER À 433D) ◄	
433B	اشحال ديال الوقت داز على الولادة فاش جاتك الفيضة؟	MOINS DE 24 HEURES.................. 1 1 A 7 JOURS................................... 2 PLUS DE 7 JOURS......................... 3	
433C	واش خديتي شي دوا ولا نصيحة ملي جاتك الفيضة من عند شي طبيب ولا فرملية ولا قابلة؟	OUI .... 1 NON.. 2	
433D	واش تنفخو ليك رجليك و ضروك في الستة سيمنات من بعد ما ولدتي؟	OUI .... 1 NON.. 2 (PASSER À 433F) ◄	
433E	واش خديتي شي دوا ولا نصيحة على هاذ النفيخ والحريق من عند شي طبيب ولا فرملي(ة) ولا قابلة؟	OUI .... 1 NON.. 2	
433F	واش جاتك السخانة في الستة سيمنات من بعد ما ولدتي؟	OUI .... 1 NON.. 2 (PASSER À 433I) ◄	
433G	ملي طلعت ليك الحرارة بزاف واش: خرجت منك شي ريحة خايبة؟ حسيتي بشي حريق في كرشك الصغيرة؟ حسيتي بشي حريق في تحث الظهر؟ حسيتي بشي حريق في ظهرك؟ حسيتي بحريق البول؟ تنفخو ليك و حرقوك بزازلك؟	OUI NON NSP MAUVAISE ODEUR ..... 1 2 8 DOUL . PELVIENNES .. 1 2 8 LOMBALGIE................. 1 2 8 DORSALGIE................. 1 2 8 BRULURES MICTION.. 1 2 8 DOULEURS SEINS..... 1 2 8	

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________________________	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________________________
433H	واش خديتي شي دوا ولا نصيحة على هاذ المشكل (المشاكيل) من عند شي طبيب ولا فرملي(ة) ولا قابلة؟	OUI .... 1 NON 2	
433I	VÉRIFIER 433C , 433E ET 433H	AU MOINS 1 'NON' ? ☐ — AUCUN NON ☐ (PASSER À 434) ◄	
433J	علاش ما خديتيش الدوا ولا النصيحة وقت اللي (جاتك الفيضة) ولا(تنفخو ليك رجليك) ولا (جاتك السخانة)؟	PAS DE PROBLÈME .... 01 SERVICE NON DISPONIBLE .... 02 COÛTE TROP CHER .... 03 TROP OCCUPÉE .... 04 MARI OCCUPÉ. .... 05 QABLA CAPABLE DE FAIRE ÇA .. 06 UTILISE PRODUITS NON-MÉDICAUX .... 07 AUTRE ____________ 96 (PRÉCISER)	
434	من بعد ما ولدتي (الإسم) واش رجعت ليك حق الشهر؟	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 437) ◄	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 439) ◄
436	من بعد ماولدتي (الإسم) اشحال من شهر بقيتي عاد جاتك حق الشهر ؟	MOIS .... ☐☐ NE SAIT PAS 98	MOIS .... ☐☐ NE SAIT PAS 98
437	VÉRIFIER 226: ENQUÊTÉE ENCEINTE?	NON EN-CEINTE ▼ ☐ — ENCEINTE OU PAS SÛRE ☐ (PASSER À 439) ◄	
438	واش رجعتي تنعسي مع راجلك من مور اللي ولدتي 'إسم'؟	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 440) ◄	
439	اشحال بقيتي من شهرملي ولدتي 'إسم' عاد نعستي مع راجلك؟	MOIS .... ☐☐ NE SAIT PAS 98	MOIS .... ☐☐ NE SAIT PAS 98
440	واش رضعتي (الإسم) بالبزولة ؟	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 443A)=	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 443A)=
441	ملي تزاد إمت بدتي تتعطيه البزولة ؟ SI MOINS D'1 HEURE, NOTER '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, NOTER EN HEURES. AUTREMENT, NOTER EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT .... 000 HEURES .... 1 ☐☐ JOURS .... 2 ☐☐	IMMÉDIATEMENT .... 000 HEURES .... 1 ☐☐ JOURS .... 2 ☐☐
442	في 3 أيام الأولىملي تزاد (الأسم) أو قبل ما يجيك الحليب ؛ واش اعطيتيه شي حاجة من غير لحليب ديال البزولة يشربها ؟	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 444) ◄	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 444) ◄

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ____________	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ____________
443	آشنو اعطيتي ل(الإسم) يشرب ؟ INSISTER : واش اعطيتيه شي حاجة اخرى يشربها؟ ENREGSTRER TOUS LES LIQUIDES MENTIONNES	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) ....A EAU ....B EAU SUCRÉE OU AU GLUCOSE ...C INFUSIONS CALMANTES POUR COLIQUES....D SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE....E JUS DE FRUIT ....F PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ.... G THÉ/INFUSIONS....H MIEL .... I AUTRE ____________ X (PRÉCISER) (PASSER À 444)	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL)....A EAU ....B EAU SUCRÉE OU AU GLUCOSE .. C INFUSIONS CALMANTES POUR COLIQUES.... D SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE....E JUS DE FRUIT ....F PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ.... G THÉ/INFUSIONS .... H MIEL ....I AUTRE ____________ X (PRÉCISER) (PASSER À 444)
443A	علاش ما رضعتيهش (الإسم) بالبزولة ؟	ENFANT DÉCÉDÉ .... 01 ENFANT MALADE .... 02 ENFANT A REFUSÉ .... 03 MÈRE MALADE .... 04 PAS DE LAIT /INSUFFISANT .... 05 PROBLÈMES DE TÉTON/SEIN.... 06 MÈRE TRAVAILLE.... 07 AUTRE ____________ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 447)	ENFANT DÉCÉDÉ ....01 ENFANT MALADE....02 ENFANT A REFUSÉ ....03 MÈRE MALADE ....04 PAS DE LAIT /INSUFFISANT ....05 PROBLÈMES DE TÉTON/SEIN....06 MÈRE TRAVAILLE....07 AUTRE ____________ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 447)
444	VÉRIFIER 404: ENFANT VIVANT?	EN VIE ☐ DÉCÉDÉ ☐ ▼ (PASSER À 446) ◄	EN VIE ☐ DÉCÉDÉ ☐ ▼ (PASSER À 446) ◄
445	واش مازلت تترضعي (الإسم) بالبزولة ؟	OUI .... 1 (PASSER À 448)= NON....2	OUI ....1 (PASSER À 448)= NON....2
446	اشحال من شهر رضعتي (الإسم) بالبزولة ؟	MOIS .... ☐☐ NE SAIT PAS 98	MOIS.... ☐☐ NE SAIT PAS 98
446A	أشنو كان السبب لخلاك قطعتي عليه البزولة ؟ ENCERCLER LE CODE DE LA RAISON PRINCIPALE	L'ENFANT A ATTEINT L'ÂGE DU SEVRAGE.... 01 PAS DE LAIT /INSUFFISANT .... 02 ENFANT MALADE .... 03 ENFANT A REFUSÉ .... 04 ENFANT DÉCÉDÉ .... 05 (PASSER À 447) ◄ MÈRE MALADE .... 06 TOMBÉE ENCEINTE .... 07 VEUT UN AUTRE ENFANT .... 08 VEUT UTILISER LA PILULE .... 09 A REPRIS LE TRAVAIL .... 10 PRÉFÈRE LE BIBERON .... 11 AUTRE ____________ 96 (PRÉCISER))	L'ENFANT A ATTEINT L'ÂGE DU SEVRAGE....01 PAS DE LAIT /INSUFFISANT ....02 ENFANT MALADE....03 ENFANT A REFUSÉ ....04 ENFANT DÉCÉDÉ ....05 (PASSER À 447) ◄ MÈRE MALADE ....06 TOMBÉE ENCEINTE ....07 VEUT UN AUTRE ENFANT ....08 VEUT UTILISER LA PILULE ....09 A REPRIS LE TRAVAIL ....10 PRÉFÈRE LE BIBERON ....11 AUTRE ____________ 96 (PRÉCISER)
446B	ملي بغيتي تفطمي (الإسم) واش قطعتي عليه(ها) البزولة مرة وحدة ولا قطعتيها شوية بشوية ؟	SOUDAINEMENT....1 PROGRESSIVEMENT 2	SOUDAINEMENT....1 PROGRESSIVEMENT 2

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ______________	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ______________
446C	ملي بغيتي تفطمي (الإسم) واش درتي ليه(ها) شي حاجة مرة ولا حارة ؟	OUI ..... 1 NON..... 2	OUI ..... 1 NON..... 2
447	VÉRIFIER 404: ENFANT EN VIE?	EN VIE (PASSER À 450) DÉCÉDÉ (RETOURNER À 405, COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 454)	EN VIE (PASSER À 450) DÉCÉDÉ (RETOURNER À 405, DERNIÈRE COLONNE DU NOUV. QUESTIONNAIRE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 454)
448	في الليلة ديال البارح ؛ يعني ملي غربت الشمس حتى طلعات ؛ اشحال من مرة رضعتي (الإسم) بالبزولة ؟ SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT .. [ ][ ]	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT .. [ ][ ]
449	البارح في النهار اشحال من مرة رضعتي (الإسم) بالبزولة ؟ SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR. [ ][ ]	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR. [ ][ ]
449A	واش تترضعي بالبزولة (الإسم) وقت اللي بغا ولا تترضعيه بالوقت ؟	A LA DEMANDE..... 1 HEURES FIXES ..... 2 LES DEUX..... 3	A LA DEMANDE..... 1 HEURES FIXES ..... 2 LES DEUX..... 3
450	البارح؛ في الليل ولا في النهار؛ واش اعطيتي ل(الإسم) شي حاجة شربها في القرعة (الرضاعة) ؟	OUI ..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	OUI ..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8
451	في النهار كلو ديال البارح ؛ واش زدتي السكر في الماكلة ولا في الشراب اللي اكلى ؟	OUI ..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	OUI ..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8
452	البارح في النهار و في الليل،اشحال من مرة وكلتي 'إسم' شي ماكلة جارية ولا قاسحة؟ SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'.	NOMBRE DE FOIS ..... [ ] NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE FOIS ..... [ ] NE SAIT PAS 8
452A	اشكون اللي تيوجد الماكلة ديال (الإسم) ؟	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME ..... 1 BONNE..... 2 AUTRE ______ 6 (PRÉCISER)	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME ..... 1 BONNE..... 2 AUTRE ______ 6 (PRÉCISER)
452B	اشكون اللي تيوكل (الإسم) ؟	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME ..... 1 BONNE..... 2 AUTRE ______ 6 (PRÉCISER)	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME ..... 1 BONNE..... 2 AUTRE ______ 6 (PRÉCISER)
453		RETOURNER À 405 DANS LA PROCHAINE COLONNE; OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER À 454.	RETOURNER À 405 DANS DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER À 454.

SECTION 4B. VACCINATION ET SANTÉ

454	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE DEPUIS 1998. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER LA DERNIÈRE COLONNE DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).		
455	NUMÉRO DE LIGNE DE Q.212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE...........	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE...........
456	SELON Q.212 ET Q.216	NOM ______________ VIVANT ☐ ↓ DÉCÉDÉ ☐ → (ALLER À 456, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 484)	NOM ______________ VIVANT ☐ ↓ DÉCÉDÉ ☐ → (ALLER À 456, DERNIÈRE CO-LONNE DU NOUVEAU QUESTION-NAIRE OU SI PLUS DE NAISSANCES ALLER À 484)
457	في هاذ 6 الشهور اللخرة ؛ واش عمر(الإسم) شرب لبرا ديال الفيتامين أ باش إتحمى من مرض العمى ؟	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8
458	دبا غدي نلقي عليك بعض الأسئلة تتعاق بالصحة ديال (الإسم) ؛ واش عندك الكارني ديال الجلبة ديال (الإسم) ؟ SI OUI: واش يمكن لي نشوفو ؟	OUI, VU .... 1 (PASSER À 460) ◄ OUI, PAS VU .... 2 (PASSER À 462) ◄ PAS DE CARTE 3	OUI, VU .... 1 (PASSER À 460) ◄ OUI, PAS VU .... 2 (PASSER À 462) ◄ PAS DE CARTE 3
459	واش عمرو كان عندك الكارني ديال الجلبة ديال 'إسم'؟	OUI .... 1 (PASSER À 462) ◄ NON 2	OUI .... 1 (PASSER À 462) ◄ NON 2
460	(1) COPIER LES DATES DE VACCINATION POUR CHAQUE VACCIN, À PARTIR DE LA CARTE. (2) NOTER '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LA CARTE INDIQUE QU'UN VACCIN A ÉTÉ FAIT MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ REPORTÉE. POUR LE SECTEUR : INSCRIRE 1 = PUBLIC 2 = PRIVE BCG POLIO 1 POLIO 2 POLIO 3 DTCOQ 1 DTCOQ 2 DTCOQ 3 ROUGEOLE VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE) HEPATITE B	SECT. PUB=1 PRI= 2 JOUR MOIS ANNÉE BCG.... 1 2 P1....... 1 2 P2....... 1 2 P3....... 1 2 D1....... 1 2 D2....... 1 2 D3....... 1 2 ROUG 1 2 VIT. A . 1 2 HEP. B 1 2	SECT. PUB=1 PRI= 2 JOUR MOIS ANNÉE BCG.... 1 2 P1....... 1 2 P2....... 1 2 P3....... 1 2 D1....... 1 2 D2....... 1 2 D3....... 1 2 ROUG. 1 2 VIT. A . 1 2 HEP. B 1 2

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM______________	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM______________
461	واش (الإسم) دار شي جلبات وما مقيدينش في هذا الكارني ؟ ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE BCG, POLIO 1-3, DTCoq 1-3, ROUGEOLE ET/OU HEPATITE B	OUI ..... 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 460) (PASSER À 465A) NON ..... 2 (PASSER À 465A) NE SAIT PAS 8	OUI ..... 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 460) (PASSER À 464) NON ..... 2 (PASSER À 464) NE SAIT PAS 8
462	واش عمر(الإسم) جلب باش ما يمرضش ؟ Y COMPRIS LES VACCINATIONS REÇUES LE JOUR D'UNE CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 465A) NE SAIT PAS 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 464) NE SAIT PAS 8
463	من فضلك كولي لي واش (الإسم) دار:		
463A	- الجلبة ديال الزيادة على مرض السل واللي هي شوكة تدارفي الكتف وتتحلي الرشمة ديالها ؟	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8
463B	الجلبة ضد الشلل واللي هي تقطيرة تتدار في الفم ؟	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 463BB) NE SAIT PAS 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 463E) NE SAIT PAS 8
463BA	اشحال من مرة جلب (الإسم) ضد الشلل ؟	NOMBRE DE FOIS ..... ☐	NOMBRE DE FOIS ..... ☐
463BB	الجلبة ضد الدفتيرية و العوقة والكزاز واللي هي الشوكة ضربوا ليه (ها) ؟	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 463C) NE SAIT PAS 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 463E) NE SAIT PAS 8
463BC	اشحال من مرة جلب (الإسم ضد الدفتيرية و العوقة والكزاز ؟	NOMBRE DE FOIS ..... ☐	NOMBRE DE FOIS ..... ☐
463C	- الجلبة ضد بوحمرون ؟	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8
463D	- الجلبة ضد مرض الكبدة ؟	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8
465A	واش عمر (الإسم) جاتو(ها) العواقة ؟ بوحمرون ؟ الشلل ؟ الدفتيرية ؟	OUI / NON / NSP COQUELUCHE 1 2 8 ROUGEOLE 1 2 8 POLIO 1 2 8 DIPHTERIE 1 2 8	OUI / NON / NSP COQUELUCHE 1 2 8 ROUGEOLE 1 2 8 POLIO 1 2 8 DIPHTERIE 1 2 8
466	في 15 اليوم الفايتة واش جات (الإسم) السخانة ؟	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8
467	في 15 اليوم الفايتة واش جات (الإسم) الكحة ؟	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 469) NE SAIT PAS 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 469) NE SAIT PAS 8
467A	في 24 ساعة الفايتة واش جات (الإسم) الكحة ؟	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM__________	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM__________
467B	المرة اللخرة ملي جاتو(ها) الكحة ؛ اشحال بقات فيه(ها) ؟ SI LA DUREE EST INFERIEURE A 1 JOUR , ENREGISTREZ '00'	JOURS .... [ ][ ] NE SAIT PAS 98	JOURS .... [ ][ ] NE SAIT PAS 98
468	ملي جاتو(ها) الكحة واش كان تيتنفس بالزربة أكثر من قبل ؟	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8
469	VÉRIFIER 466 ET 467: FIÈVRE OU TOUX?	'OUI' À 466 OU 467 [ ] AUTRE [ ] (PASSER À 475)	'OUI' À 466 OU 467 [ ] AUTRE [ ] (PASSER À 475)
470	ملي كان (الإسم) كيكح أو(فيه السخانة) واش طلبتي شي دواء ولا نصيحة باش اتدويه ؟	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 471C)	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 471C)
471	اشكون اللي اعطاك الدوا ولا شي نصيحة ؟ اشكون آخر ؟ NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL .... A CENTRE DE SANTÉ. .... B DISPENSAIRE. .... C ÉQUIPE MOBILE. .... D PERSONNEL ITINÉRANT. .... E AUTRE PUBLIC __________ F (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE .... G PHARMACIE .... H MÉDECIN PRIVÉ .... I AUTRE MÉDICAL PRIVÉ __________ J (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE .... K QABLA .... L FQUIH .... M HERBORISTE TRADITIONNEL .... N PARENT(E)S /AMI(E)S .... O AUTRE __________ X (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL .... A CENTRE DE SANTÉ. .... B DISPENSAIRE. .... C ÉQUIPE MOBILE. .... D PERSONNEL ITINÉRANT. .... E AUTRE PUBLIC __________ F (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE .... G PHARMACIE .... H MÉDECIN PRIVÉ .... I AUTRE MÉDICAL PRIVÉ __________ J (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE .... K QABLA .... L FQUIH .... M HERBORISTE TRADITIONNEL .... N PARENT(E)S /AMI(E)S .... O AUTRE __________ X (PRÉCISER)
471A	واش اعطاوك شي حاجة باش تداويه من الكحة / السخانة ؟	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER 475) NSP .... 8 (PASSER 475)	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER 475) NSP .... 8 (PASSER 475)

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM__________________________	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM__________________________
471B	آش اعطاوك باش تداويه من الكحة / السخانة ؟ INSISTEZ واش اعطاوك شي حاجة أخرى؟	INJECTION .... A ANTIBIOTIQUE (COMPRIMÉS/ SIROP) .... B SIROP POUR LA TOUX .... C AUTRES (COMPRIMÉS/SIROP) ...... D NE CONNAIT PAS COMPRIMÉS/SIROP .... E REMEDE A LA MAISON/ HERBORISTE .... F AUTRE______________________X (PRÉCISER) PASSER À 475	INJECTION .... A ANTIBIOTIQUE (COMPRIMÉS/ SIROP) .... B SIROP POUR LA TOUX .... C AUTRES (COMPRIMÉS/SIROP) ...... D NE CONNAIT PAS COMPRIMÉS /SIROP .... E REMEDE A LA MAISON/ HERBORISTE .... F AUTRE______________________X (PRÉCISER) PASSER À 475
471C	علا ش ما طلبتي لا دوا ولا نصيحة باش تدويه (ها) من الكحة أو (السخانة) ؟	LA MALADIE ÉTAIT DOUCE .... 01 AVAIT UNE EXPÉRIENCE PRÉCÉDENTE .... 02 MÈRE TROP OCCUPÉE................ 03 PÈRE TROP OCCUPÉ.................. 04 N'Y AVAIT PERSONNE POUR GARDER L'ENFANT .... 05 LIEU TROP LOIN / NON-DISPONIBLE .... 06 AUTRE ____________________ 96 (PRÉCISER	LA MALADIE ÉTAIT DOUCE .... 01 AVAIT UNE EXPÉRIENCE PRÉCÉDENTE .... 02 MÈRE TROP OCCUPÉE................ 03 PÈRE TROP OCCUPÉ.................. 04 N'Y AVAIT PERSONNE POUR GARDER L'ENFANT .... 05 LIEU TROP LOIN / NON-DISPONIBLE .... 06 AUTRE ____________________ 96 (PRÉCISER
475	في 15 اليوم الفايتة واش طاحت على (الإسم) كرشو؛ يعني كانت جارية و تيسهل ثلاث المرات في النهار ولا أكثر ؟	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 483) ◄ NE SAIT PAS 8	OUI .... 1 NON... 2 (PASSER À 483) ◄ NE SAIT PAS.................................. 8
475A	في 24 ساعة الفايتة واش طاحت على (الإسم) كرشو؛ يعني كانت جارية و تيسهل ثلاث المرات في النهار ولا أكثر ؟	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8	OUI .... 1 NON... 2 NE SAIT PAS.................................. 8
475B	اشحال من نهار بقا في (الإسم) اسهال ؟ SI LA DUREE EST INFERIEURE A 1 JOUR , ENREGISTRER '00'	NOMBRE DE JOURS.......... [ ][ ] NSP 98	NOMBRE DE JOURS.......... [ ][ ] NSP 98
475C	واش كان الدم في الخروج ديالو ؟	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8	OUI .... 1 NON... 2 NE SAIT PAS.................................. 8
475D	VOIR 445	ALLAITE [ ] NON ALLAITE [ ] ▼ (PASSER À 476) ◄	ALLAITE [ ] NON ALLAITE [ ] ▼ (PASSER À 476) ◄
475E	ملي كان السهال في (الإسم) واش بدلتي ليه عداد المرات ديال الرضاعة ؟ واش زدتي ليه ولا نقصتي ليه ولا قطعتي عليه ارضاعة في مرة ؟	SANS CHANGEMENT .... 1 AUGMENTATION .... 2 DIMINUTION .... 3 ARRÊT ALLAITEMENT.................... 4 NE SAIT PAS 8	SANS CHANGEMENT .... 1 AUGMENTATION............................ 2 DIMINUTION .... 3 ARRÊT ALLAITEMENT.................... 4 NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM____________	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM____________
476	دبا بغيت نعرف اشحال ديال الماء اعطتيه ملي كان فيه السهال: واش بحال كيف ما تتعطيه ديما ولا كثر ولا قل؟ SI MOINS, INSISTER: واش بزاف على داك شي لي تتعطيه ديما ولا قل؟	BEAUCOUP MOINS........................ 1 UN PEU MOINS .... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS .... 4 RIEN Á BOIRE .... 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS........................ 1 UN PEU MOINS.............................. 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS .... 4 RIEN À BOIRE................................ 5 NE SAIT PAS.................................. 8
477	ملي كان (الإسم) مريض بالسهال؛ واش بقيت تتوكليه نفس لقدر ديال الماكلة القاسحة ولا زدتي ليه ولا نقصتي ؟ SI MOINS, INSISTER: واش بزاف على داك شي لي تتعطيه ديما ولا قل؟	BEAUCOUP MOINS........................ 1 UN PEU MOINS .... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS .... 4 A STOPPÉ NOURRITURE.............. 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER .... 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS........................ 1 UN PEU MOINS.............................. 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS .... 4 A STOPPÉ LA NOURITURE .... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER .... 6 NE SAIT PAS.................................. 8
478	واش اعطيتيه شي حاجة بحال:	OUI NON NSP	OUI NON NSP
a	شي ماء امخلط بالخنيشات ديال الملح؟	LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8	LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8
b	شي ماء مخلط بالملح والسكر مصاوب في الدار؟	LIQUIDE MAISON 1 2 8	LIQUIDE MAISON 1 2 8
479	واش اعطيتيه شي حاجة اخرى باش داوي السهال؟	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 481) ◄ NE SAIT PAS 8	OUI .... 1 NON... 2 (PASSER À 481) ◄ NE SAIT PAS.................................. 8
480	اشنو اعطيتيه؟ اشنو آخر؟ ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	COMPRIMÉ OU SIROP .... A INJECTION .... B (I.V.) INTRAVEINEUSE................... C REMÈDES MAISON/PLANTES .... D AUTRE ____________ X (PRÉCISER)	COMPRIMÉ OU SIROP................... A INJECTION...................................... B (I.V.) INTRAVEINEUSE .... C REMÈDES MAISON/ PLANTES....... D AUTRE ____________ X (PRÉCISER)
481	ملي كان في (الإسم) السهال واش قلبتي على شي دواء ولا نصيحة باش اتدويه ؟	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 483) ◄	OUI .... 1 NON... 2 (PASSER À 483) ◄
482	منين بلاصة قلبتي على الدواء ولا نصيحة باش تداوي (الإسم) ؟ S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE(S) CODE(S) APPROPRIÉ(S). ____________ (NOM DE L'ENDROIT) شي بلاصة أخرى؟ ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL .... A CENTRE SANTÉ /DISP. .... B DISPENSAIRE. . ... C EQUIPE MOBILE. . ... D PERSONNEL ITINERANT. . ... E AUTRE PUBLIC ____________ F (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉ........................ G PHARMACIE................................ H MÉDECIN PRIVÉ .... I AUTRE MÉDICAL PRIVÉ. MÉDICAL ____________ J (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE .... K HERBORISTE TRADITIONNEL... L PÈRENTS /AMIES .... M AUTRE ____________ X (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL .... A CENTRE SANTÉ /DISP. .... B DISPENSAIRE. . ... C EQUIPE MOBILE. .... D PERSONNEL ITINERANT. .... E AUTRE PUBLIC ____________ F (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉ........................ G PHARMACIE .... H MÉDECIN PRIVÉ .... I AUTRE MÉDICAL PRIVÉ. MÉDICAL ____________ J (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE.................................. K HERBORISTE TRADITIONNEL... L PÈRENTS /AMIES .... M AUTRE ____________ X (PRÉCISER)
483		RETOURNER À 456 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 484.	RETOURNER À 456 DANS DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 484.

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER
484	VÉRIFIER 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES: NOMBRE D'ENFANTS VIVANTS AVEC ELLE NÉS EN 1998 OU PLUS TARD UN OU PLUS ☐ ▼ AUCUN ☐		─► 487 (AUCUN)
485	آش تديرو بالخروج ديال (إسم ولدك(بنتك) الصغير(ة)) ملي متيمشيش البيت الماء؟	UTILISE TOUJOURS TOILETTES/ LATRINES .... 01 JETTE DANS TOILETTES/LATRINES .... 02 JETTE À L'EXTÉRIEUR DU LOGEMENT .... 03 JETTE EN DEHORS DE LA COUR .... 04 ENTERRE DANS LA COUR .... 05 S'EN DÉBARRASSE EN LAVANT AVEC DE L'EAU .... 06 UTILISE COUCHES JETABLES .... 07 UTILISE COUCHES LAVABLES .... 08 NE S'EN DÉBARRASSE PAS .... 09 AUTRE ________ 96 (PRÉCISER)	
486	VÉRIFIER 478a DE TOUTES LES COLONNES : AUCUN ENFANT N'A REÇU DE SACHET DE SRO ☐ ▼ UN ENFANT A REÇU DES SACHETS DE SRO ☐		─► 488 (UN ENFANT A REÇU DES SACHETS DE SRO)
487	واش عمرك سمعتي بالملح اللي كيعطيوا لدراري ضد السهال ؟	OUI .... 1 NON 2	
488	VÉRIFIER 218: A UN OU PLUSIEURS ENFANTS VIVANT AVEC ELLE ☐ ▼ N'A PAS D'ENFANT VIVANT AVEC ELLE ☐		─► 490 (N'A PAS D'ENFANT VIVANT AVEC ELLE)
489	ملي تيمرض ليك شي واحد في ولادك بزاف، واش تتقدري أنت بوحدك تقرري باش تديه عن الطبيب؟ SI L'ENQUÊTÉE RÉPOND QU'AUCUN ENFANT N'A JAMAIS ÉTÉ SÉRIEURSEMENT MALADE, DEMANDER: ولا مرض ليك شي واحد، واش تتقدري أنت بوحدك تقرري باش تديه عند الطبيب؟	OUI .... 1 NON .... 2 CELA DÉPEND 3	

490	كاين بزاف ديال الأسباب اللي تتخلي لعيلات ما تيحصلوش على الدواء ولا شي نصيحة باش إدواوا. بغيتك تقولي لي ؛ ملي تتكوني مريضة أو تتبغي تدواي؛ واش كل سباب من هاذ الأسباب كيدير ليك مشكل كبير ولا لا ؟		UN GROS PROBLÈME	PAS UN GROS PROBLÈME
	ما تتعرفيش البلاصة فين تمشي تدواي	OÙ ALLER	1	2
	خاصكي تاخدي الإدن باش تمشي تدواي	PERMISSION	1	2
	خاصنك الفاوس باش تدواي	ARGENT	1	2
	البلاصة فين غدي تمشي تدواي فيها بعيدة	DISTANCE	1	2
	خاصكي تشدي المركوب باش توصلي البلاصة فين تدواي	TRANSPORT	1	2
	ما بغيتيش تمشي تدواي بوحدك ؟	ALLER SEULE	1	2
	اللي غدي يداويك يقدر ما تكونش إمرءة ؟	PERSON. FEM.	1	2

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER
491	VÉRIFIER 215 ET 218: A AU MOINS UN ENFANT NÉ EN 1998 OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC ELLE ☐ ▼ ENREGISTRER LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE (ET CONTINUER À 492) ______ (NOM) N'A PAS D'ENFANT NÉ EN 1998[1] OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC ELLE ☐		→501
492	البارح في الليل ولا في النهار؛ اشحال من مرة اعطيتي ل(الإسم) شي حاجة اشربها بحال :	HIER/ NUIT DERNIÈRE NOMBRE DE FOIS	
a	الماء؟	a ☐	
b	خليط اصطناعي للرضيع؟	b ☐	
c	شي حليب آخر بحال الحليب ديال الحك،ديال الغبرة و لا الحليب الطري؟	c ☐	
d	عصير الفواكه؟	d ☐	
e	شي حاجة جارية أخرى؟	e ☐	
	SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI NE SAIT PAS, NOTER '8'.		
493	البارح في الليل ولا في النهار؛ اشحال من مرة اعطيتي ل(الإسم) شي حاجة اكلاها بحال :	HIER/ NUIT DERNIÈRE NOMBRE DE FOIS	
	شي ماكلة داخل فيها الزرع؛الدر؛الروز ولا شي حاجة بحالهم	a ☐	
	الكرعة الحمرة؛خيزو	b ☐	
	بطاطا ا	c ☐	
	شي خضرة وراقها خضرين	d ☐	
	شي فاكهة فيها الفيتامين 'أ'	e ☐	
	شي فاكهة اخرى	f ☐	
	اللحم؛الدجاج؛الحوت ولا البيض	g ☐	
	شي خضرة اخرى ولا قطنية	h ☐	
	فروماج ولا يغورت	i ☐	
	شي ماكلة اخرى قاسحة ولا بين وبين؟	J ☐	
	SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI NE SAIT PAS, NOTER '8'		

SECTION 5: MORBIDITE CHRONIQUE ET SANTÉ REPRODUCTIVE

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
501	دبا بغيت نتكلم معاك على الصحة ديالك وعلى بعض المشاكل الصحية اللي يمكن لعيالات إعانيوا منها. واش تتشوفي بلي الصحة ديالك مزيانة ولا هي هديك ولا ناقصة ؟	TRES BONNE ....1 BONNE..2 NORMALE..3 FAIBLE ....4 TRES FAIBLE ....5 AUTRE ___________________________ 6 (PRÉCISER)	
502	واش دبا الصحة ديالك أحسن ولا بحال ولا قل ملي كانت عليه العام الفايت ؟	MEILLEURE ....1 LA MÊME ....2 PIRE ....3 AUTRE ___________________________ 6 (PRÉCISER)	

LE TABLEAU SUIVANT CONTIENT DES QUESTIONS CONCERNANT LES MALADIES. POSER LA QUESTION 503 EN COMMENÇANT PAR LA PREMIERE MALADIE. SI LA REPONSE EST 'OUI' , PASSER ÀUX QUESTIONS 504-506 AVANT DE PASSER À LA MALADIE SUIVANTE.

	503 واش عمرك مرضتي الله يحفظ ب		504 واش الطبيب ولا الفرملية لي كاليك مريضة ب......... (MALADIE)	505 اشحال كان في عمرك ملي عرفتي المرة الأولى ب........ (MALADIE)	506 واش دبا تداوي على............ (MALADIE)
01	السل ؟	OUI ....1 NON............................2 (PASSER À LA MALADIE SUIVANTE)	OUI..............................1 NON 2	ÂGE .... [|] NSP.......................98	OUI .... 1 NON 2
02	السكر ؟	OUI ....1 NON............................2 (PASSER À LA MALADIE SUIVANTE)	OUI..............................1 NON 2	ÂGE .... [|] NSP.......................98	OUI .... 1 NON 2
03	طانسيو ؟	OUI ....1 NON............................2 (PASSER À LA MALADIE SUIVANTE)	OUI..............................1 NON 2	ÂGE .... [|] NSP.......................98	OUI .... 1 NON 2
04	ضيقة	OUI ....1 NON............................2 (PASSER À LA MALADIE SUIVANTE)	OUI..............................1 NON 2	ÂGE .... [|] NSP.......................98	OUI .... 1 NON 2
05	قلب ؟	OUI ....1 NON............................2 (PASSER À LA MALADIE SUIVANTE)	OUI..............................1 NON 2	ÂGE .... [|] NSP.......................98	OUI .... 1 NON 2
06	روماتيزم ؟	OUI ....1 NON............................2 (PASSER À LA MALADIE SUIVANTE)	OUI..............................1 NON 2	ÂGE .... [|] NSP.......................98	OUI .... 1 NON 2
07	بوصفير ؟	OUI ....1 NON............................2 (PASSER À LA MALADIE SUIVANTE)	OUI..............................1 NON 2	ÂGE .... [|] NSP.......................98	OUI .... 1 NON 2
08	الكلاوي ؟	OUI ....1 NON............................2 (PASSER À LA MALADIE SUIVANTE)	OUI..............................1 NON 2	ÂGE .... [|] NSP.......................98	OUI .... 1 NON 2

		503 واش عمرك مرضتي الله يحفظ ب	504 واش الطبيب ولا: الفرملي(ة) لي كاليك مريضة ب______ (MALADIE)	505 اشحال كان في عمرك ملي عرفتي المرة الأولى ب__________ (MALADIE)	506 واش دبا تداوي على________ (MALADIE)
09	القرحة ديال المعدة ؟	OUI ....1 NON............................2 (PASSER À LA MALADIE SUIVANTE)	OUI............................ 1 NON 2	ÂGE............ [ ][ ] NSP........................98	OUI................................. 1 NON 2
10	فقر الدم ؟	OUI ....1 NON............................2 (PASSER À LA MALADIE SUIVANTE)	OUI............................ 1 NON 2	ÂGE............ [ ][ ] NSP........................98	OUI................................. 1 NON 2
11	اكواطر (يعني الكورة اللي تتكون في الحنجرة) ؟	OUI ....1 NON............................2 (PASSER À LA MALADIE SUIVANTE)	OUI............................ 1 NON 2	ÂGE............ [ ][ ] NSP........................98	OUI................................. 1 NON 2
96	واش كاين عندك شي مرض آخر.______ (PRECISER)	OUI ....1 NON............................2 (PASSER À LA MALADIE SUIVANTE)	OUI............................ 1 NON 2	ÂGE............ [ ][ ] NSP........................98	OUI................................. 1 NON 2

507	الله يحفظ واش فيك ولا عمرو كان فيك الكانسير؟	OUI ....1 NON 2	–►511
508	آش من نوع ديال الكانسير اللي فيك (ولا اللي كان فيك) ؟	TYPE DE CANCER...................... [ ][ ] ______________________________ (PRÉCISER) NSP 98	
509	اشحال كان في عمرك ملي كالوا ليك أول مرة فيك الكانسير ؟	ÂGE.. [ ][ ] NSP 98	
510	واش دبا تتاخدي شي دواء ديال الكانسير ؟	OUI ....1 NON 2	
511	دبا بغيت نسولك على بعض المشاكل ديال لعيلات : كينين شي عيالات بسبب الحمل تيحسوا بشي تقل نزل ليهم ألتحت ولا الرحم غدي يخرج منهم. واش عمرك حسيتي بهذا الشي ؟	OUI ....1 NON 2	–►516
512	اشحال هذي باش حسيتي بهذا الشي المرة الأولى ؟ SI MOINS D'UN AN ENREGISTRER '00'	NOMBRE D'ANNÉES .... [ ][ ] NSP 98	
513	ملي تتكوني تتضحكي ولا تتعطسي ولا هازة الثقل ؛ واش تينقص هذا الشي ولا تيبقى كيف ما كان ولا تيزيد ؟	MÊME..1 DIMINUE ....2 AUGMENTE 3	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
514	واش عمرك درتي شي دوا ولا طلبتي شي نصيحة على هذا المشكل ؟ SI OUI : اشكون اللي اعطاك الدوا ولا شي نصيحة ؟ اشكون آخر ؟	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL ....A CENTRE DE SANTÉ. . ...B DISPENSAIRE. . ...C ÉQUIPE MOBILE. . ...D PERSONNEL ITINÉRANT. . ...E AUTRE PUBLIC _____________ F (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE ....G PHARMACIE ....H MÉDECIN PRIVÉ .... I AUTRE MÉDICAL PRIVÉ_____________________ J (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE...................................K QABLA .... L FQUIH .... M HERBORISTE TRADITIONNEL...N PARENT(E)S /AMI(E)S ....O AUTRE ______________________ X (PRÉCISER) NON ....Y	►516
515	علاش ما طلبتي لا دوا ولا نصيحة على هذا المشكل ؟ INSISTER : واش كاين شي سبب آخر؟	NE PENSE PAS QU'IL AIDERAIT .... A COÛT TROP CHER .... B SERVICE NON DISPONIBLE .... C TROP OCCUPÉE.................................... D MARI TROP OCCUPÉ .... E N'EST PAS TELLEMENT SÉRIEUX........ F EMBARASSÉE ....G AVAIT PEUR .... H AUTRE _________________________ X (PRÉCISER)	
516	كينين شي عيالات مكيقدروش يحسروا البول ديالهم ؛ واش عمرك وقع ليك هذا الشي بالخصوص ملي تتكوني تتضحكي ولا تتعطسي ولاهازة الثقل ؟	OUI ....1 NON 2	 –►519A

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
517	واش شفتي شي حد باش يعطيك الدوا ولا شي نصيحة على هذا المشكل ؟ SI OUI : اشكون اللي شفتي ؟ اشكون آخر ؟	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL ....A CENTRE DE SANTÉ. . ...B DISPENSAIRE. . ...C ÉQUIPE MOBILE. . ...D PERSONNEL ITINÉRANT. . ...E AUTRE PUBLIC _____________ F (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE ....G PHARMACIE ....H MÉDECIN PRIVÉ .... I AUTRE MÉDICAL PRIVÉ_____________________ J (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE..................................K QABLA .... L FQUIH .... M HERBORISTE TRADITIONNEL...N PARENT(E)S /AMI(E)S ....O AUTRE ______________________ X (PRÉCISER) NON ....Y	►519A
518	علا ش ما طلبتي لا دوا ولا نصيحة على هذا المشكل ؟ INSISTER : واش كاين شي سبب آخر؟	NE PENSE PAS QU'IL AIDERAIT .... A COÛT TROP CHER .... B SERVICE NON DISPONIBLE .... C TROP OCCUPÉE.................................... D MARI TROP OCCUPÉ .... E N'EST PAS TELLEMENT SÉRIEUX........ F EMBARASSÉE ....G AVAIT PEUR ....H AUTRE ________________________ X (PRÉCISER)	
519A	واش فهاذ 3 أشهر اللخرة حسيتي بحريق البول ؟	OUI ....1 NON 2	
519B	واش فهاذ 3 أشهر اللخرة حسيتي بشي حاجة غير عادية تتنزل منك ؟	OUI ....1 NON 2	►521
520A	ملي كانت تتنزل منك شي حاجة في 3 أشهر الفايتة واش حسيتي بالحكة حدى الفرج ديالك ؟	OUI ....1 NON 2	
520B	ملي كانت تتنزل منك شي حاجة في 3 أشهر الفايتة واش حسيتي بشي حاجة تتنزل منك ريحتها خايبة ؟	OUI ....1 NON 2	
520C	ملي كانت تتنزل منك شي حاجة في 3 أشهر الفايتة واش حسيتي بحريق في كرشك الصغيرة ؟	OUI ....1 NON 2	
521	VÉRIFIER 519 A ET 519B : AU MOINS UN 'OUI' ☐ ▼ AUCUN 'OUI' ☐		►524

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
522	واش شفتي شي حد باش يعطيك الدوا ولا شي نصيحة على هذا المشكل ؟ SI OUI : اشكون اللي شفتي ؟ اشكون آخر ؟	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL ....A CENTRE DE SANTÉ. . ...B DISPENSAIRE. . ...C ÉQUIPE MOBILE. . ...D PERSONNEL ITINÉRANT. . ...E AUTRE PUBLIC ______________ F (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE ....G PHARMACIE ....H MÉDECIN PRIVÉ .... I AUTRE MÉDICAL PRIVÉ______________________ J (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE..................................K QABLA .... L FQUIH .... M HERBORISTE TRADITIONNEL...N PARENT(E)S /AMI(E)S ....O AUTRE ______________________ X (PRÉCISER) NON ....Y	A–X ►524
523	علا ش ما طلبتي لا دوا ولا نصيحة على هذا المشكل ؟ INSISTER : واش كاين شي سبب آخر؟	NE PENSE PAS QU'IL AIDERAIT .... A COÛT TROP CHER .... B SERVICE NON DISPONIBLE .... C TROP OCCUPÉE.....................................D MARI TROP OCCUPÉ .... E N'EST PAS TELLEMENT SÉRIEUX........ F EMBARASSÉE ....G AVAIT PEUR..H AUTRE .... X (PRÉCISER)	
524	VÉRIFIER 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE ☐ ▼ ENCEINTE ☐		ENCEINTE ►537
525	VÉRIFIER 237 : A TOUJOURS SES RÈGLES ☐ ▼ N'A PLUS SES RÈGLES ☐		N'A PLUS SES RÈGLES ►537
526	VÉRIFIER 121 : ACTUELLEMENT MARIÉE ☐ ▼ PAS ACTUELLEMENT MARIÉE ☐		PAS ACTUELLEMENT MARIÉE ►533A
526A	VÉRIFIER 310: UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE? NON POSÉE ☐ ▼ N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT ☐ ▼ UTILISE ACTUELLEMENT ☐		UTILISE ACTUELLEMENT ►533A

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
527	واش حاولتي تحملي أو ما حملتيش ؟	OUI .... 1 NON 2	 →533 A
528	اشحال هذا من شهر وانت تتحاولي باش تحملي ؟	NOMBRE DE MOIS .... 1 [ ][ ] NOMBRE D'ANNEES .... 2 [ ][ ]	
529	اشنو في نظرك السبب اللي ما خلاكش تحملي ؟	EN MÉNOPAUSE .... 1 STÉRILE .... 2 MALADIE .... 3 MARI MALADE .... 4 AUTRE ________ 6 (PRÉCISER) NSP 8	
530	واش شفتي شي حد باش يعطيك الدوا ولا شي نصيحة على هذا المشكل ؟ SI OUI : اشكون اللي شفتي ؟ اشكون آخر ؟ ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL .... A CENTRE DE SANTÉ .... B DISPENSAIRE .... C ÉQUIPE MOBILE .... D PERSONNEL ITINÉRANT .... E AUTRE PUBLIC ________ F (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE .... G PHARMACIE .... H MÉDECIN PRIVÉ .... I AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ________ J (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE .... K QABLA .... L FQUIH .... M HERBORISTE TRADITIONNEL ... N PARENT(E)S /AMI(E)S .... O AUTRE ________ X (PRÉCISER) NON .... Y	A–X →532
531	علا ش ما طلبتي لا دوا ولا نصيحة على هذا المشكل ؟ INSISTER : واش كاين شي سبب آخر؟ ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	NE PENSE PAS QU'IL AIDERAIT .... A COÛT TROP CHER .... B SERVICE NON DISPONIBLE .... C TROP OCCUPÉE .... D MARI TROP OCCUPÉ .... E N'EST PAS TELLEMENT SÉRIEUX .... F EMBARASSÉE .... G AVAIT PEUR .... H AUTRE ________ X (PRÉCISER)	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
532	واش راجلك شاف شي حد باش يعطيه الدوا ولا نصيحة على هذا المشكل ؟ SI OUI : اشكون اللي شاف ؟ اشكون آخر ؟ ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL .... A CENTRE DE SANTÉ. . ... B DISPENSAIRE. . ... C ÉQUIPE MOBILE. . ... D PERSONNEL ITINÉRANT. . ... E AUTRE PUBLIC _____________ F (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE .... G PHARMACIE .... H MÉDECIN PRIVÉ .... I AUTRE MÉDICAL PRIVÉ____________________ J (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE .... K QABLA .... L FQUIH .... M HERBORISTE TRADITIONNEL... N PARENT(E)S /AMI(E)S .... O AUTRE _____________________ X (PRÉCISER) NON .... Y NSP .... Z	
533A	واش حق الشهر ديالك عرفت شي مشاكل في هذ 3 اشهر الفايتة ؛ بحال تتبقى فيك أكثر من 7 أيام ؟	OUI .... 1 NON 2	
533B	واش حق الشهر ديالك عرفت شي مشاكل في هذ 3 اشهر الفايتة ؛ بحال تتجيك بالفيضة ؟	OUI .... 1 NON 2	
533C	واش حق الشهر ديالك عرفت شي مشاكل في هذ 3 اشهر الفايتة ؛ بحال تتجيك بالوجع ؟	OUI .... 1 NON 2	
533D	واش حق الشهر ديالك عرفت شي مشاكل في هذ 3 اشهر الفايتة ؛ بحال ما تتجيك في وقتها؛ يعني كل مرة فاش تتجيك ؟	OUI .... 1 NON 2	
534	VÉRIFIER 533A-533D : AU MOINS UN 'OUI' ☐ ▼ AUCUN 'OUI' ☐		→537

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
535	واش شفتي شي حد باش يعطيك الدوا ولا شي نصيحة على هذا المشكل ؟ SI OUI : اشكون اللي شفتي ؟ اشكون آخر ؟ ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL .... A CENTRE DE SANTÉ. . ... B DISPENSAIRE. . ... C ÉQUIPE MOBILE. . ... D PERSONNEL ITINÉRANT. . ... E AUTRE PUBLIC ______________ F (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE .... G PHARMACIE .... H MÉDECIN PRIVÉ .... I AUTRE MÉDICAL PRIVÉ______________________ J (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE .... K QABLA .... L FQUIH .... M HERBORISTE TRADITIONNEL... N PARENT(E)S /AMI(E)S .... O AUTRE ________________________ X (PRÉCISER) NON .... Y	A–X ►537
536	علا ش ما طلبتي لا دوا ولا نصيحة على هذا المشكل ؟ INSISTER : واش كاين شي سبب آخر؟ ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	NE PENSE PAS QU'IL AIDERAIT .... A COÛT TROP CHER .... B SERVICE NON DISPONIBLE .... C TROP OCCUPÉE.................................... D MARI TROP OCCUPÉ .... E N'EST PAS TELLEMENT SÉRIEUX........ F EMBARASSÉE .... G AVAIT PEUR... H EN MÉNOPAUSE .... I ÇA ÉTÉ TOUJOURS COMME ÇA............ J AUTRE ___________________________ X (PRÉCISER)	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
537	دبا بغيت نسواك على العلاج دياك بصفة عامة : ملي تيكون عندك شي مشكل ديال الصحة أو تتكوني بحاجة باش تدواي فين تتمشي ديما باش تدواي ؟ ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL .....A CENTRE DE SANTÉ. . .....B DISPENSAIRE. . .....C ÉQUIPE MOBILE. . .....D PERSONNEL ITINÉRANT. . .....E AUTRE PUBLIC ______ F (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE .....G PHARMACIE .....H MÉDECIN PRIVÉ ..... I AUTRE MÉDICAL PRIVÉ______ J (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE .....K QABLA ..... L FQUIH ..... M HERBORISTE TRADITIONNEL...N PARENT(E)S /AMI(E)S .....O AUTRE ______ X (PRÉCISER) NSP/PAS SÛRE..... Z	

SECTION 6. SIDA ET AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
601	دبا غدي نتكلم معاك في موضوع آخر. واش عمرك اسمعتي بشي مرض أسمو السيدا؟	OUI ... 1 NON ... 2	 →617
602	واش كاين شي حاجة اللي يمكن لواحد يديرها باش إتحمى من فيروس السيدا ؟	OUI ... 1 NON ... 2 NE SAIT PAS ... 8	 →609
603	آش يمكن يدير ؟ كاين شي حاجة اخرى ؟ ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEX. ... A UTILISER DES CONDOMS ... B LIMITER RAPPORTS SEX. À UN PARTENAIRE /RESTER FIDÉLE À UN SEUL PARTENAIRE ... C LIMITER LE NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELS ... D ÉVITER RAP. SEX. PROSTITUÉES ... E ÉVITER RAP. SEX. AVEC PERSONNES AYANT BEAUCOUP PARTENAIRES ... F ÉVITER RAP. SEX. HOMOSEXUELS ... G ÉVITER RAP. SEX. AVEC PERSONNES QUI SE FONT DES INJECTIONS INTRAVEINEUSES DE DROGUES ... H ÉVITER TRANSFUSIONS SANG ... I ÉVITER INJECTIONS ... J ÉVITER PARTÂGER RASOIRS/LAMES ... K ÉVITER D'EMBRASSER ... L ÉVITER PIQÛRES MOUSTIQUES ... M CHERCHER PROTECTION DES GUÉRISSEURS TRADITIONNELS ... N AUTRE ___ W (PRÉCISER) AUTRE ___ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ... Z	
604	واش يمكن الواحد إتحمى من فيروس السيدا إلى كينعس غير مع رجل واحد ما مريضش ولا مرأة وحدة ما مريضاش؟	OUI ... 1 NON ... 2 NE SAIT PAS ... 8	
605	واش يمكن الواحد إتصاب بمكروب السيدا الى عضتو شي حشرة بحال الناموس ؟	OUI ... 1 NON ... 2 NE SAIT PAS ... 8	
606	واش يمكن الواحد إتحمى من مكروب السيدا الى كل مرة استعمل الجلدة ملي يبغي ينعس مع شي حد آخر ؟	OUI ... 1 NON ... 2 NE SAIT PAS ... 8	
607	واش يمكن الواحد إتصاب بمكروب السيدا الى اتشارك الماكلة مع شي حد فيه السيدا ؟	OUI ... 1 NON ... 2 NE SAIT PAS ... 8	
609	إلى كان شي حد تيبان في صحتو مزيان ؛ يعني ما مريضش ؛ واش يمكن إكون فيه مكروب السيدا ولا لا؟	OUI ... 1 NON ... 2 NE SAIT PAS ... 8	
610	واش كتعرفي أنت شي حد مريض بالسيدا أولا مات بالسيدا ؟	OUI ... 1 NON ... 2	
611	في نظرك ؛ واش يمكن فيروس ديال السيدا يتنقل (إدوز) من الأم الولد ؟	OUI ... 1 NON ... 2 NE SAIT PAS ... 8	 →613

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
612	واش يمكن المكروب اللي تيتسبب فالسيدا يتنقل من الأم الولد ؛ ملي تتكون : - حاملة ؟ - تتولد ؟ - تترضع ؟	OUI NON NSP DURANT GROSSESSE .... 1 2 8 DURANT ACCOUCHEM. ..... 1 2 8 DURANT ALLAITEMENT 1 2 8	
613	VÉRIFIER 121 : OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE ☐ ▼ NON, PAS MARIÉE ☐		►615
614	واش فات ليك تكلمتي مع راجلك على الحوايج اللي يمكن يحميوا الواحد باش ما يتصاب بالسيدا ؟	OUI .... 1 NON... 2	
615	لاقدر الله شي حد من عائلتك تصاب بالسيدا ؛ واش تفضلي إخليها مستورة ولا لا؟	OUI, ÉTAT GARDÉ SECRET.................... 1 NON... 2 NSP/PAS SÛRE 8	
616	لاقدر الله شي حد من عائلتك تصاب بالسيدا ؛ واش تبغي تقابليه في الدار ديالك ؟	OUI .... 1 NON... 2 NSP/PAS SÛRE /CELA DÉPEND............. 8	
617	من غير السيدا ؛ واش عمرك اسمعتي بشي أمراض تتعادي عن طريق النعاس مع الراجل ؟	OUI .... 1 NON... 2	►701
618	آشنو هما العلامات اللي يمكن تعرفي بهم واش الرجل فيه هذا المرض ولا لا؟ واش كاين شي علامة اخرى ؟ ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	DOULEURS ABDOMINALES....................A ÉCOULEMENT/PERTE GÉNITALE ....B ÉCOULEMENT MALODORANT .... C BRÛLURES URINAIRES......................... D ROUGEURS/INFLAMMATION DE LA ZONE GÉNITALE ....E ENFLURE DE LA ZONE GÉNITALE ....F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL........................ G VERRUE GÉNITALE .... H DÉMANGEAISONS GÉNITALES............... I SANG DANS LES URINES .... J PERTE DE POIDS ....K IMPUISSANCE ....L AUTRE ___________________________ W (PRÉCISER) AUTRE ___________________________ X (PRÉCISER) PAS DE SYMPTÔMES..............................Y NE SAIT PAS..Z	

N^{O}.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
619	آشنو هما العلامات اللي يمكن تعرفي بهم واش المرأة فيها هذا المرض ولا لا؟ واش كاين شي علامة اخرى ؟ ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	DOULEURS ABDOMINALES....................A ÉCOULEMENT/PERTES VAGINALES.....B PERTES MALODORANTES .... C BRÛLURES URINAIRES.......................... D ROUGEURS/INFLAMMATION DE LA ZONE GÉNITALE ....E ENFLURE DE LA ZONE GÉNITALE.........F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL........................ G VERRUE GÉNITALE .... H DÉMANGEAISONS GÉNITALES............... I SANG DANS LES URINES .... J PERTE DE POIDS ....K INCAPACITÉ DE DONNER NAISSANCE. L AUTRE ___________________________ W (PRÉCISER) AUTRE ___________________________ X (PRÉCISER) PAS DE SYMPTÔMES..............................Y NE SAIT PAS...Z	

SECTION 7. CARACTÉRISTIQUES DU CONJOINT ET TRAVAIL DE LA FEMME

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
701	VÉRIFIER 121 : ACTUELLEMENT MARIÉE ☐ ▼ A ÉTÉ MARIÉE ☐ JAMAIS MARIÉE ☐		A ÉTÉ MARIÉE →703 JAMAIS MARIÉE →707
702	اشحال في عمر راجلك (اللخر) دبا؟	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ... ☐☐	
703	واش راجلك (اللخر) قرا في المدرسة؟	OUI ... 1 NON ... 2	 →706
704	اشنو هو أعلى مستوى ديا القراية وصل ليه؛واش الابتدائي ولا الإعدادي, الثانوي و لا العالي؟	PRIMAIRE ... 1 PREPARATOIRE, SEC. 1er CYCLE ... 2 SECONDAIRE / 2eme CYCLE ... 3 SUPÉRIEUR ... 4 NE SAIT PAS ... 8	 →706
705	اشنو هو آخر قسم كملو في القراية؟	CLASSE/ANNÉE ... ☐☐ NE SAIT PAS ... 98	
706	VÉRIFIER 701: ACTUEL. MARIÉE ☐ ▼ فاش خدام راجلك يعني الخدمة اللي كيشتغل فيها ديما ؟ A ÉTÉ MARIÉE ☐ ▼ فاش كان خدام راجلك اللخر يعني الخدمة اللي كان كيشتغل فيها ديما؟	☐☐ __________ __________ __________	
707	دبا بغيت نسولك على الخدمة ديالك: من غير الخدمة ديال الدار, واش أنت خدامة دبا؟	OUI ... 1 NON ... 2	→710
708	كيف تتعرفي, كينين شي عيالات تيخدمو شي خدمة و تيتخلصو عليها بالفلوس و لا بشي حاجة اخرى ولا عندهم شي بيعة و شرية صغيرة , ولا تيخدمو في الفلاحة مع العائلة, واش كتديري دبا شي خدمة بحال هاد الشي اللي كلت ليك و لا أي خدمة اخرى؟	OUI ... 1 NON ... 2	→710
709	واش خدمت في هاد 12 شهر اللي فاتت؟	OUI ... 1 NON ... 2	 →719
710	في هاد 12 لشهر الفايتة, اشنو هي الخدمة اللي كنت كتخدمي فيها ديما؟	☐☐ __________ __________ __________	
711	VÉRIFIER 710: TRAVAILLE DANS AGRICULTURE ☐ ▼ NE TRAVAILLE PAS DANS AGRICULTURE ☐		NE TRAVAILLE PAS →713
712	واش كتخدمي في الأرض ديالك, ديال عائلتك و اللا في شي أرض كارينها و اللا لشي حد آخر؟	PROPRE TERRE ... 1 TERRE DE LA FAMILLE ... 2 TERRE LOUÉE ... 3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE ... 4	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
713	واش (كنت) خدامة لحسابك ولا لشي حد من العائلة و لا لشي حد آخر؟	POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE......1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE..................2 À SON COMPTE......................................3	
714	واش في الغالب, الخدمة ديالك في الدار و لا خارج الدار؟	À LA MAISON ....1 EN DEHORS DE LA MAISON 2	
715	واش تتخدمي العام كامل ؛ من موسو لموسم ولا غير مرة مرة ؟	TOUTE L'ANNÉE ....1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE ....2 TEMPS EN TEMPS..................................3	
716	كفاش تتخلصي على هاذ الخدمة ؟	ARGENT SEULEMENT ....1 ARGENT ET NATURE ....2 EN NATURE SEULEMENT.......................3 PAS PAYÉE 4	► 719
717	اشكون اللي كيقرر كيفاش خاص الفلوس اللي تتربحى يتصرفو؟	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME ....1 MARI ....2 ENQUÊTÉE ET MARI ENSEMBLE ....3 QUELQU'UN D'AUTRE............................4 ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE ENSEMBLE 5	
718	عادة, اشحال هو المصروف ديال الدار اللي كتخلصيه من الفلوس اللي كتربحي: واش النص, قل من النص, أكثر من النص, والو و لا شي حاجة قليلة ولا كلو؟	PRESQUE RIEN ....1 MOINS DE LA MOITIÉ..............................2 À PEU PRÈS LA MOITIÉ..........................3 PLUS DE LA MOITIÉ ....4 LA TOTALITÉ...5 RIEN, TOUT SON REVENU EST GARDÉ.6	
719	في العائلة ديالك, اشكون اللي عندو الكلمة اللخرة في هاد الشي اللي غادي نقول ليك:	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME = 1 MARI = 2 ENQUÊTÉE ET MARI ENSEMBLE = 3 QUELQU'UN D'AUTRE = 4 ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE, ENSEMBLE = 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE = 6	
	العلاجات الصحية ديالكم؟	SOINS 1 2 3 4 5 6	
	باش تشريوا شي حاجة مهمة للأسرة ديالكم؟	CHO. IMP. 1 2 3 4 5 6	
	باش تشيروا الحاجات اللي كيخصو للأسرة كل نهار؟	QUOTID. 1 2 3 4 5 6	
	باش تزوروا العائلة, الصحاب و للا الوالدين؟	VISITES 1 2 3 4 5 6	
	فشنو غادي طيبو كل نهار؟	NOURRIT. 1 2 3 4 5 6	
720	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE MOMENT (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS, OU PAS PRÉSENTES)	PRÉS./ÉCOUTE — PRÉS./ÉCOUTE PAS — PAS PRÉS. ENFANTS <10 1 2 8 MARI 1 2 8 AUTRES HOMMES 1 2 8 AUTRES FEMMES 1 2 8	
721	بعض المرات الزوج تيكون مقلق من شي حوايج تا ديرهم مراتو. فرأ يك واش طبيعي الراجل يضرب مراتو في بحال هاد الحالات للي غاد ي نقول ليك.	OUI NON NSP	
	الى خرجات من ا لدار بلا ما تقولها ليه ؟	SORTIR 1 2 8	
	ا لى ما تهلا تش فالدراري؟	NÉGL. ENFANTS 1 2 8	
	الى بقات تتجاحد معاه؟	DISCUTER 1 2 8	
	الى ما بغاتش تنعس معاه؟	REFUSER SEX. 1 2 8	
	الى حرقات الما كلة؟	BRÛLER NOUR. 1 2 8	

SECTION 8 : MORTALITÉ MATERNELLE

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
801	دبا بغيت نسولك بعض الأسئلة على خوتك و خواتتك من أمك اللي عيشين معاك، و اللي عيشين في شي بلاصة أخرى، واللي ماتو . أشحال من مولود حي ولدت أمك في المجموع بما فيهم أنت؟	OMBRE DE NAISSANCES DE LA MÈRE NATURELLE......... [ ][ ]	
802	VÉRIFIER 801: DEUX NAISSANCES OU PLUS [ ] UNE NAISSANCE SEULEMENT (ENQUÊTÉE SEULE) [ ]		→815
803	اشحال ولدت أمك من ولد أو بنت قفل ما تولدك ؟	NOMBRE DE NAISSAN-- CES PRÉCÉDENTES .... [ ][ ]	

NO.		[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
804	اشن اسميت خوك ولا اختك اللي زاد(ت) الأول(ة)، او الثاني؟	____	____	____	____	____	____
805	واش ولد و للا بنت؟	MASCULIN... 1 FÉMININ 2	MASCULIN... 1 FÉMININ....... 2	MASCULIN... 1 FÉMININ....... 2	MASCULIN... 1 FÉMININ....... 2	MASCULIN ...1 FÉMININ 2	MASCULIN ...1 FÉMININ 2
806	واش (NOM) ما زال حي ؟	OUI.............. 1 NON .... 2 →ALLER 808 NSP.............. 8 →ALLER À [2]	OUI .... 1 NON .... 2 →ALLER 808 NSP .... 8 →ALLER À [3]	OUI .... 1 NON.............. 2 →ALLER 808 NSP .... 8 →ALLER À [4]	OUI .... 1 NON.............. 2 →ALLER 808 NSP .... 8 →ALLER À [5]	OUI................1 NON ....2 →ALLER 808 NSP...............8 →ALLER À [6]	OUI................1 NON ....2 →ALLER 808 NSP...............8 →ALLER À [7]
807	اشحال في عمر (NOM) ؟	[ ][ ] ALLER À [2]	[ ][ ] ALLER À [3]	[ ][ ] ALLER À [4]	[ ][ ] ALLER À [5]	[ ][ ] ALLER À [6]	[ ][ ] ALLER À [7]
808	اشحال هدي من عام باش مات (ت) (NOM) ؟	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]
809	اشحال كان في عمرو(ها) ملي ماتت (ت) (NOM) ؟	[ ][ ] SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [2]	[ ][ ] SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [3]	[ ][ ] SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [4]	[ ][ ] SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [5]	[ ][ ] SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [6]	[ ][ ] SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [7]

		[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
		____________	____________	____________	____________	____________	____________
810	واش كانت حاملة ملي ماتت (NOM) ؟	OUI .... 1 ALLER 813⋞┘ NON 2	OUI................1 ALLER 813⋞┘ NON 2	OUI .... 1 ALLER 813⋞┘ NON 2	OUI .... 1 ALLER 813⋞┘ NON 2	OUI .... 1 ALLER 813⋞┘ NON.............. 2	OUI ....1 ALLER 813⋞—┘ NON..............2
811	واش ماتت(NOM) هي كتولد؟	OUI .... 1 ALLER 813⋞┘ NON 2	OUI................1 ALLER 813⋞┘ NON 2	OUI .... 1 ALLER 813⋞┘ NON 2	OUI .... 1 ALLER 813⋞┘ NON 2	OUI .... 1 ALLER 813⋞┘ NON.............. 2	OUI ....1 ALLER 813⋞—┘ NON..............2
812	واش ماتت (NOM) في الشهرين الأولى بعد ما ولدات و لا بعد ما طاح ليها بنادم؟	OUI .... 1 NON 2	OUI................1 NON 2	OUI .... 1 NON 2	OUI .... 1 NON 2	OUI .... 1 NON.............. 2	OUI ....1 NON..............2
813	اشحال من مرة في (NOM) حملات المجموع بالحمل اللي ماتت به؟	☐☐ Nombre	☐☐ Nombre	☐☐ Nombre	☐☐ Nombre	☐☐ Nombre	☐☐ Nombre
813A	باش (NOM) ماتت به؟	☐☐ ------------------- Maladie	☐☐ ------------------- Maladie	☐☐ ------------------- Maladie	☐☐ ------------------- Maladie	☐☐ ------------------- Maladie	☐☐ ------------------- Maladie
813B	فين ماتت (NOM)؟	DOMICLE ..... 1 MATERNITE. 2 MAISON D'ACCOU ..... 3 HOPITAL PUBLIC .... 4 CLINIQUE .... 5 AUTRE_____6 ALLER À [2]	DOMICLE......1 MATERNITE .2 MAISON D'ACCOU......3 HOPITAL PUBLIC ....4 CLINIQUE .....5 AUTRE____6 ALLER À [3]	DOMICLE ..... 1 MATERNITE. 2 MAISON D'ACCOU ..... 3 HOPITAL PUBLIC .... 4 CLINIQUE .... 5 AUTRE_____6 ALLER À [4]	DOMICLE......1 MATERNITE .2 MAISON D'ACCOU......3 HOPITAL PUBLIC ....4 CLINIQUE .....5 AUTRE____6 ALLER À [5]	DOMICLE ..... 1 MATERNITE. 2 MAISON D'ACCOU ..... 3 HOPITAL PUBLIC........ 4 CLINIQUE..... 5 AUTRE____6 ALLER À [6]	DOMICLE .....1 MATERNITE .2 MAISON D'ACCOU .....3 HOPITAL PUBLIC........4 CLINIQUE.....5 AUTRE____6 ALLER À [7]

SI PLUS DE FRÈRES OU SOEURS, ALLER À 814

804	اشن اسميت خوك ولا اختك اللي زاد(ت) الأول(ة)، او الثاني؟	[7] ________	[8] ________	[9] ________	[10] ________	[11] ________	[12] ________
805	واش ولد و للا بنت؟	MASCULIN ...1 FÉMININ 2	MASCULIN... 1 FÉMININ....... 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ 2	MASCULIN....1 FÉMININ 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ....... 2	MASCULIN ...1 FÉMININ 2
806	واش (NOM) ما زال حي ؟	OUI................1 NON ....2 └➢ALLER 808 NSP...............8 └➢ALLER À [8]	OUI .... 1 NON .... 2 └➢ALLER 808 NSP .... 8 └➢ALLER À [9]	OUI ....1 NON..............2 └➢ALLER 808 NSP ....8 └➢ALLER À [10]	OUI................1 NON ....2 └➢ALLER 808 NSP...............8 └➢ALLER À [11]	OUI .... 1 NON.............. 2 └➢ALLER 808 NSP .... 8 └➢ALLER À [12]	OUI ....1 NON..............2 └➢ALLER 808 NSP ....8 └➢ALLER À [13]
807	اشحال في عمر (NOM) ؟	☐☐ ALLER À [8]	☐☐ ALLER À [9]	☐☐ ALLER À [10]	☐☐ ALLER À [11]	☐☐ ALLER À [12]	☐☐ ALLER À [13]
808	اشحال هدي من عام باش مات (ت) (NOM) ؟	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
809	اشحال كان في عمرو(ها) ملي ماتت (ت) (NOM) ؟	☐☐ SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [8]	☐☐ SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [9]	☐☐ SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [10]	☐☐ SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [11]	☐☐ SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [12]	☐☐ SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [13]
810	واش كانت حاملة ملي ماتت (NOM) ؟	OUI................1 ALLER 813↵ NON 2	OUI .... 1 ALLER 813↵ NON 2	OUI ....1 ALLER 813↵ NON..............2	OUI................1 ALLER 813↵ NON 2	OUI .... 1 ALLER 813↵ NON.............. 2	OUI ....1 ALLER 813↵ NON..............2
811	واش ماتت(NOM) هي كتولد؟	OUI................1 ALLER 813↵ NON 2	OUI .... 1 ALLER 813↵ NON 2	OUI ....1 ALLER 813↵ NON..............2	OUI................1 ALLER 813↵ NON 2	OUI .... 1 ALLER 813↵ NON.............. 2	OUI ....1 ALLER 813↵ NON..............2
812	واش ماتت (NOM) في الشهرين الأولى بعد ما ولدات و لا بعد ما طاح ليها بنادم؟	OUI................1 NON 2	OUI .... 1 NON 2	OUI ....1 NON..............2	OUI................1 NON 2	OUI .... 1 NON.............. 2	OUI ....1 NON..............2
813	اشحال من مرة في (NOM) حملات المجموع بالحمل اللي ماتت به؟	☐☐ Nombre	☐☐ Nombre	☐☐ Nombre	☐☐ Nombre	☐☐ Nombre	☐☐ Nombre
813A	باش (NOM) ماتت به؟	☐☐ ------------------- Maladie	☐☐ ------------------- Maladie	☐☐ ------------------- Maladie	☐☐ ------------------- Maladie	☐☐ ------------------- Maladie	☐☐ ------------------- Maladie
813B	فين ماتت (NOM)؟	DOMICLE......1 MATERNITE .2 MAISON D'ACCOU......3 HOPITAL PUBLIC ....4 CLINIQUE .....5 AUTRE_____6 ALLER À [8]	DOMICLE ..... 1 MATERNITE. 2 MAISON D'ACCOU ..... 3 HOPITAL PUBLIC .... 4 CLINIQUE .... 5 AUTRE____6 ALLER À [9]	DOMICLE ..... 1 MATERNITE . 2 MAISON D'ACCOU ..... 3 HOPITAL PUBLIC........ 4 CLINIQUE..... 5 AUTRE_____6 ALLER À [10]	DOMICLE ..... 1 MATERNITE . 2 MAISON D'ACCOU ..... 3 HOPITAL PUBLIC........4 CLINIQUE..... 5 AUTRE____6 ALLER À [11]	DOMICLE......1 MATERNITE .2 MAISON D'ACCOU......3 HOPITAL PUBLIC ....4 CLINIQUE .....5 AUTRE____6 ALLER À [12]	DOMICLE ..... 1 MATERNITE 2 MAISON D'ACCOU..... 3 HOPITAL PUBLIC .... 4 CLINIQUE .... 5 AUTRE____6 ALLER À [13]

CALENDRIER

INSTRUCTIONS :
UN SEUL CODE DOIT FIGURER PAR CASE.
POUR LES COLONNES 1 ET 2, LA LIGNE POUR CHAQUE MOIS DOIT ÊTRE REMPLIE.

LES CODES À INSCRIRE DANS CHAQUE COLONNE.

COL.1: NAISSANCES, GROSSESSES, UTILISATION DE LA CONTRACEPTION

N NAISSANCES
G GROSSESSES
F FAUSSE6COUCHE, MORT-NE

0 PAS DE MÉTHODE
1 STÉRILISATION FÉMININE
2 STÉRILISATION MASCULINE
3 PILULE
4 DIU
5 INJECTIONS
6 NORPLANT
7 CONDOM
8 DIAPHRAGME
9 MOUSSE/GELÉE
J MAMA
K CONTINENCE PÉRIODIQUE
L RETRAIT
X AUTRE ______________________ (PRÉCISER)

COL 2: DISCONTINUATION DE L'UTILISATION DE LA MÉTHODE

0 PAS DE RAP. SEXUELS/RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS /MARI ABSENT
1 TOMBE ENCEINTE AU COURS DE L'UTILISATION
2 VEUT TOMBER ENCEINTE
3 MARI DÉSAPPROUVE
4 VEUT MÉTHODE PLUS ÉFFICACE
5 PROBLÈMES DE SANTÉ
6 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES
7 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN
8 TROP CHER
9 PAS PRATIQUE À UTILISER
F FATALISTE
A DIFFICILE DE TOMBER ENCEINTE/ MÉNOPAUSE
D MARIÂGE ROMPU /SÉPARATION/DIVORCE
X AUTRE ______________________ (PRÉCISER)
Z NE SAIT PAS

			1	2				
0	02 FEV	01				02	FEV	0
4	01 JANV	02				01	JAN	4
	12 DÉC	03				01	DEC	
	11 NOV	04				02	NOV	
	10 OCT	05				03	OCT	
	09 SEP	06				04	SEP	
2	08 AOÛT	07				05	AOÛT	2
0	07 JUIL	08				06	JUIL	0
0	06 JUIN	09				07	JUIN	0
3	05 MAI	10				08	MAI	3
	04 AVR	11				09	AVR	
	03 MARS	12				10	MARS	
	02 FÉV	13				11	FÉV	
	01 JAN	14				12	JAN	
	12 DÉC	15				13	DÉC	
	11 NOV	16				14	NOV	
	10 OCT	17				15	OCT	
	09 SEP	18				16	SEP	
2	08 AOÛT	19				17	AOÛT	2
0	07 JUIL	20				18	JUIL	0
0	06 JUIN	21				19	JUIN	0
2	05 MAI	22				20	MAI	2
	04 AVR	23				21	AVR	
	03 MARS	24				22	MARS	
	02 FÉV	25				23	FÉV	
	01 JAN	26				24	JAN	
	12 DÉC	27				25	DÉC	
	11 NOV	28				26	NOV	
	10 OCT	29				27	OCT	
	09 SEP	30				28	SEP	
2	08 AOÛT	31				29	AOÛT	2
0	07 JUIL	32				30	JUIL	0
0	06 JUIN	33				31	JUIN	0
1	05 MAI	34				32	MAI	1
	04 AVR	35				33	AVR	
	03 MARS	36				34	MARS	
	02 FÉV	37				35	FÉV	
	01 JAN	38				36	JAN	
	12 DÉC	39				37	DÉC	
	11 NOV	40				38	NOV	
	10 OCT	41				39	OCT	
	09 SEP	42				40	SEP	
2	08 AOÛT	43				41	AOÛT	2
0	07 JUIL	44				42	JUIL	0
0	06 JUIN	45				43	JUIN	0
0	05 MAI	46				44	MAI	0
	04 AVR	47				45	AVR	
	03 MARS	48				46	MARS	
	02 FÉV	49				47	FÉV	
	01 JAN	50				48	JAN	
	12 DÉC	51				49	DÉC	
	11 NOV	52				50	NOV	
	10 OCT	53				51	OCT	
	09 SEP	54				52	SEP	
1	08 AOÛT	55				53	AOÛT	1
9	07 JUIL	56				54	JUIL	9
9	06 JUIN	57				55	JUIN	9
9	05 MAI	58				56	MAI	9
	04 AVR	59				57	AVR	
	03 MARS	60				58	MARS	
	02 FÉV	61				59	FÉV	
	01 JAN	62				60	JAN	
	12 DÉC	63				61	DÉC	
	11 NOV	64				62	NOV	
	10 OCT	65				63	OCT	
	09 SEP	66				64	SEP	
1	08 AOÛT	67				65	AOÛT	1
9	07 JUIL	68				66	JUIL	9
9	06 JUIN	69				67	JUIN	9
8	05 MAI	70				68	MAI	8
	04 AVR	70				69	AVR	
	03 MARS	72				70	MARS	
	02 FÉV	73				71	FÉV	
	01 JAN	74				72	JAN	

814	ENREGISTRER L'HEURE	HEURES .... [ ][ ] MINUTES.................................... [ ][ ]

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR L'ENQUÊTÉE :

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

AUTRES COMMENTAIRES :

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE :______________________________________ DATE : ___________________________________

OBSERVATIONS DE LA CONTRÔLEUSE

NOM DE LA CONTRÔLEUSE :___________________________________ DATE : ___________________________________